

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik  
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller

Behandlungsergebnisse analytischer Psychotherapie in einer Psychotherapiestation  
einer Psychiatrischen Klinik

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Eszter Czopf - Danz

aus

Pécs, Ungarn

2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. M. Ermann
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Dr. Wolfram Bender
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Dr. med. Dr. rer. Pol. O. Seidl
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung:	12. 03. 2009

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung .....	6
2 Literaturübersicht.....	8
2.1 Wirksamkeitsstudien zur psychodynamischen stationären Psychotherapie.....	8
2.2 Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) als Erfassungsinstrument für strukturelle Veränderungen .....	17
3 Therapeutischer Rahmen und Fragestellung der Untersuchung.....	23
3.1 Therapeutischer Rahmen .....	23
3.1.1 Geschichte und organisatorische Struktur der Psychotherapiestation B1-b.	23
3.2 Fragestellung.....	24
4 Methoden und Stichprobe .....	26
4.1 Methoden .....	26
4.1.1 Datenerhebung .....	26
4.1.2 Diagnosen .....	27
4.1.3 Untersuchungsinstrumente.....	27
4.1.4 Beurteilung des BSS, GAF und HUS (Fremdrating) .....	29
4.1.5 Statistik .....	29
4.2 Stichprobe .....	30
4.2.1 Gesamtstichprobe .....	30
4.2.2 Teilstichproben.....	30
5 Ergebnisse .....	32
5.1 Beschreibung der Patienten .....	32
5.1.1 Soziodemographische Daten.....	32
5.1.2 Zugangsmodus .....	35
5.1.3 Krankheitsdauer und Vorbehandlungen .....	36
5.1.4 Diagnosen .....	38

5.1.5	Strukturniveau .....	41
5.1.6	Beeinträchtigung und Störungsintensität bei Aufnahme .....	41
5.1.6.1	BSS in der Selbsteinschätzung .....	42
5.1.6.2	BSS in der Fremdeinschätzung .....	44
5.1.6.3	BSS im Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung bei Aufnahme .....	45
5.1.6.4	GAF .....	47
5.1.6.5	SCL-90-R bei Aufnahme .....	48
5.2	Behandlungen .....	49
5.2.1	Medikamentöse Therapie und Therapieempfehlungen bei Entlassung .....	49
5.2.2	Entlassungsmodus .....	49
5.2.3	Bewertung der verschiedenen Therapieverfahren durch die Patienten .....	50
5.2.4	Behandlungsdauer .....	51
5.2.4.1	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Alter .....	52
5.2.4.2	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Geschlecht .....	52
5.2.4.3	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Strukturniveau .....	53
5.2.4.4	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Krankheitsdauer .....	54
5.2.4.5	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, GAF .....	54
5.2.4.6	Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, BSS .....	54
5.2.5	SCL-90-R bei Entlassung und Aufnahme, im Vergleich .....	56
5.3	Behandlungsergebnisse I .....	58
5.3.1	BSS .....	58
5.3.2	BSS im Vergleich von Fremd- und Selbsteinschätzung bei Entlassung .....	62
5.3.3	GAF .....	66
5.3.4	Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis .....	69
5.4	Behandlungsergebnisse II, HUS .....	73

5.4.1 Behandlungsfokus und Umstrukturierung bei Aufnahme und Entlassung...	73
5.4.2 Graphische Darstellung der Ausprägungsveränderungen der Behandlungsfoki zwischen Aufnahme und Entlassung .....	77
5.4.3 Vergleich von HUS mit anderen Ergebnisparametern (BSS, GAF) .....	81
5.5 Zusammenfassung der Behandlungsergebnisse.....	83
6 Diskussion .....	86
6.1 Stichproben und Methoden.....	86
6.2 Soziodemographische Daten.....	87
6.3 Behandlungsbezogene Daten.....	89
6.4 Krankheitsbezogene Daten .....	94
6.5 Behandlungsergebnisse .....	97
7 Zusammenfassung.....	101
8 Literaturverzeichnis .....	103
9 Anhang .....	110
Danksagung.....	133
Lebenslauf .....	134

## 1 Einleitung

Die Entwicklung eines strukturell eigenständigen psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungsbereiches bis hin zur Definition eines fachärztlichen Gebietes „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in Deutschland stellt im internationalen Vergleich eine Besonderheit dar (Schepank 1990, Aktuelle Informationen aus der DGPM 2003). Aus psychiatrisch und internistisch geprägten Anfängen während der zwanziger Jahre entwickelte sich nach dem 2. Weltkrieg ein zunächst vorwiegend psychoanalytisch geprägte stationäre Versorgung sowohl in außeruniversitären Bereichen wie in Tiefenbrunn als auch in verschiedenen universitären Abteilungen wie in Heidelberg und in Freiburg (Schepank 1987, Janssen et al. 1999). Dieser deutsche „Sonderweg“ führte zur Behandlungskapazitäten, welche diejenige anderer Länder weit übersteigen (Schepank 1990). So finden sich nach Koch und Potreck-Rose (1994) im Akutbereich ca. 3500 und im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation ca. 8800 psychotherapeutische Behandlungsplätze. Die Anwendung psychoanalytischer Behandlungsprinzipien war in der stationären Psychotherapie für die Konzeptentwicklung sehr fruchtbar (Ermann 1988, Janssen et al. 1999). Im Zentrum stand und steht nach gängiger Auffassung die integrative Funktion des multiprofessionellen Teams mit Einzel- und Gruppentherapien, Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Entspannungstherapien und sozialtherapeutischen Maßnahmen (Wöller et al. 2000), denen gegenüber sich in verschiedenen Übertragungsreaktionen die individuellen Konfliktpathologien der Patienten inszenieren und einer therapeutischen Aufarbeitung zugänglich werden (Ermann 1988, Becker und Senf 1988, Schepank und Tress 1988, Janssen et al. 1999, Seidl und Ermann 2001, Ermann 2004b). Eine empirische Überprüfung der Wirkung von theoriegeleiteten und idealtypisch postulierten therapeutischen Prozessen ist noch nicht ausreichend erfolgt (Tress und Hartkamp 2000). So fehlt eine größere Zahl von empirischen Untersuchungen sowohl über die spezifischen prozesswirksamen Elemente als auch über die Ergebnisse analytischer Psychotherapie, welche eine verlässliche Aussage über die stationäre Behandlung erlauben würden.

Die vorliegende Arbeit will hierzu einen Beitrag leisten, indem sie sich mit den Ergebnissen der stationären Psychotherapie beschäftigt. Sie legt der Beurteilung der Behandlungseffekte mehrere Parameter zugrunde und versucht sie in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit zu bestimmen:

- Veränderungen der Befindlichkeit in Selbst- und Fremdeinschätzung,
- Veränderung der Symptomatik und
- strukturelle Veränderungen.

Von diesen drei Parametern sind im Hinblick auf nachhaltige Effekte vor allem die strukturellen Veränderungen durch die Bearbeitung von Konflikten und ich-strukturellen Defiziten wahrscheinlich die Wichtigsten und genuine Ziele einer psychodynamisch ausgerichteten Therapie (Grande 2004, Ermann et al. 2006). Gerade hierzu gibt es einen erheblichen Forschungsbedarf, während die Ergebnisse auf der Symptomebene oder der Ebene der Befindlichkeit weitaus häufiger untersucht worden sind (Spitzer et al. 2004). Als Untersuchungsinstrument für strukturelle Veränderungen bietet sich gegenwärtig vor allem die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) an (Rudolf et al. 2000a, 2004), die auch im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen soll.

Neben den Ergebnissen sollen in der vorliegenden Arbeit auch die Einflussfaktoren auf das therapeutische Outcome untersucht werden, wovon besonders die Behandlungsdauer, die Diagnosen und das Strukturniveau interessant erscheinen. Die Arbeit versteht sich als eine Vorstudie für eine multizentrische Untersuchung an mehreren Kliniken mit einem größeren Kollektiv.

## **2 Literaturübersicht**

In stationärer psychotherapeutischer Behandlung werden vor allem Patienten mit psychogenen Störungen behandelt, die sich nach der Nosologie der ICD-10 (International Classification of Diseases) zu folgenden Gruppen zusammenfassen lassen: Psychoneurosen (F32, F33, F34.1, F40-F42, F44, F48), Persönlichkeitsstörungen (F10-F19, F50, F60-F69), Verhaltensstörungen wie Suchterkrankungen und Essstörungen, Somatoforme Störungen (F45, F51, F52), Psychosomatosen (F54+), Reaktive Störungen und Traumatische Belastungsreaktionen (F43). Die Häufigkeit dieser Störungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt nach neueren epidemiologischen Untersuchungen ca. 20% bis 25%, wobei es sich überwiegend um chronische Verläufe handelt (Schepank 1987, Fichter et al. 1990, Meyer et al. 1991, Franz et al. 2000b). Das bedeutet, dass diese Störungen sehr häufig sind und entweder noch unzureichend behandelt werden oder eine erhebliche Behandlungsresistenz haben. Bei einem Teil der von diesen Störungen betroffenen Patienten ist eine stationäre psychotherapeutische Behandlung indiziert. Zur Frage der differentiellen Indikation zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie ist nach Ansicht von Janssen et al. (1999) der Forschungsstand noch unzureichend. Bei der Indikationsstellung müssen nach Ansicht der Autoren klinische Krankheitsvariablen (z.B. Art, Schwere und Verlauf der Symptomatik), Persönlichkeitsaspekte (z.B. Notwendigkeit der Entlastung in akuten Krisensituationen) und infrastrukturelle Versorgungsgegebenheiten berücksichtigt werden. Darüber hinaus fühlen sich die Kliniken zunehmend an die Vorgaben der Kostenträger gebunden.

### **2.1 Wirksamkeitsstudien zur psychodynamischen stationären Psychotherapie**

Neben Untersuchungen zur stationären psychosomatischen Rehabilitation finden sich etwa ab 1990 in der Literatur zahlreiche Wirksamkeitsstudien zur stationären Psychotherapie im Sinne einer Heilbehandlung. Ein Teil der Studien bezieht sich auf psycho-



dynamisch orientierte Behandlungsmodelle aus dem Bereich der Akutversorgung (Rudolf et al. 1988, Bräutigam et al. 1990, Bassler 1994, Junge et al. 1996, Franz et al. 2000a, Geyer et al. 2000, Weimer 2001, Rudolf et al. 2004b). Daneben wurden verhaltenstherapeutisch orientierte Klinikkonzepte u.a. von Zielke (1993) vorgestellt. Die Studien mit den größeren Patientenstichproben gelten aber überwiegend dem Rehabilitationsbereich (Lamprecht et al. 1987, Sandweg et al. 1991, Schmidt 1991, Nosper 1999). Wegen den unterschiedlichen therapeutischen Konzepten und Rahmenbedingungen sind die Ergebnisse im Rehabilitationsbereich nicht ohne weiteres auf die stationäre Psychotherapie zu übertragen. In Rehabilitationskliniken dienen außerdem als Erfolgskriterien vorwiegend äußere Aspekte, wie z.B. die Reduktion von Arztbesuchen und Arbeitsunfähigkeitstagen, wohingegen im Krankenhausbereich auch subjektive Befindlichkeitskriterien zur Bewertung des Behandlungserfolges verwendet werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie mit psychodynamischem Ansatz.

**Tab. 1: Studien zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie mit psychodynamischem Ansatz**

<b>Autor</b>	<b>n</b>	<b>Art der Heilbehandlung/ durchschnittliche Dauer</b>	<b>Ergebnis/ Parameter</b>
Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf et al. 1988 )	151	psychodynamisch/ keine Angabe zur Behandlungsdauer	ca. $\frac{3}{4}$ „gebessert“, ca. 22% „erheblich gebessert“
Heidelberger Katamneseprojekt (Bräutigam et al. 1990)	111	psychodynamisch (stationär und ambulant)/ 3 Monate	70-80% aller Patienten „gebessert“
Sandweg et al. (1991)	1088	psychodynamisch (Rehabilitation)/ 48 Tage	68% subjektiv gebessert, nach 3 Jahren 60%
Zauberberg-Studie (Schmidt 1991)	364	psychodynamisch (Rehabilitation)/ 54,8 Tage	nach 1 Jahr 23,7% „deutlich gebessert“, 43,9% „etwas gebessert“, insb. Reduktion der Arztbesuche

BKK-Studie (Zielke 1993)	148	Klinische Verhaltenstherapie (Rehabilitation)/ 61,2 Tage	Reduktion von Arztbesuchen, Medikamentenkonsum, AU- Tage, Klinikkosten
Bassler (1994)	295	psychodynamisch/ 96,6 Tage	56% „gut“ bis „sehr gut“, 12% mäßige Besserung
Junge u. Ahrens (1996)	164	psychodynamisch/ 66,8 Tage	bei Entlassung 85%, nach 1 Jahr 75% gebessert
Paar u. Kriebel (1998), multizentrische Studie aus 5 Kliniken	303	psychodynamisch (Reha-Klinik u. psychosomatische Fachkliniken)/ 6 Mo/ 3Mo/ 5-7 Wo/ 49 Tage	SCL-90-R: z.B. deutliche Reduktion der interpersonalen Problematik
Nosper (1999)	266	gemischt psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch (Rehabilitation)/ 6 Wochen	74% aller schwer belasteten Patienten bei der Entlassung „gebessert“, 54% „sehr gebessert“
Franz et al. (2000a), multizentrische Studie	495	psychodynamisch/ 127 Tage	55% „gebessert“
Geyer et al. (2000)	111	psychodynamisch/ 12 bis 17 Wochen	ca. 50% „gebessert“, Katamnese: 60-72% „gebessert“
Weimer (2001)	157	psychodynamisch/ keine Angabe zur Behandlungsdauer	48% erfolgreich (Patientensicht), 47% erfolgreich (Therapeutesicht)

Im Folgenden werden die in Tab. 1 dargestellten Studien im Detail vorgestellt. Die *Berliner Psychotherapiestudie* (Rudolf et al. 1988), bezog sich im Rahmen eines groß angelegten Projektes auf 151 stationär behandelte Patienten verschiedener Diagnosegruppen, die teils in einer Universitätsklinik, teils in psychosomatischen Fachkliniken nach einem psychodynamischen Ansatz behandelt worden waren. Etwa drei Viertel dieser Patienten wurden bei Entlassung als „gebessert“ eingestuft.

Innerhalb des *Heidelberger Katamneseprojektes* (Kordy et al. 1983, Senf 1986, Bräutigam et al. 1990) sind 111 Patienten unterschiedlicher Diagnosen zunächst stationär und anschließend ambulant psychodynamisch über mehrere Jahre behandelt worden. Die

durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug 3 Monate, bei Patienten mit Anorexia nervosa aber zwischen 4 und 6 Monate. Deutliche Besserungen wurden bei 70-80% gefunden. Die Behandlungszufriedenheit der Patienten lag bei 90%.

Aus der psychodynamisch orientierten Rehabilitationsklinik in Blieskastel (*Sandweg et al.* 1991) liegen Ergebnis- und Katamnesedaten von 1088 Patienten vor (durchschnittliche Behandlungsdauer 48 Tage). Neben den psychoanalytischen Verfahren wurden gelegentlich verhaltenstherapeutische und interaktionelle Methoden angewandt. Um die Stabilität des Erfolges zu kontrollieren, wurden von den Patienten Fragebögen ausgefüllt (PSKB, drei Skalen des FAPK, Gießen - Test) und parallel dazu von den Therapeuten (u.a. PSKB). Eine subjektive Beschwerdebesserung gaben 67,6% der Patienten zum Entlassungszeitpunkt und noch 58,6% ein Jahr nach Klinikaufenthalt an. Nach drei Jahren stieg sogar der Anteil derer, die sich deutlich verbesserten von 18% auf 27%. Bei einer Untersuchung hinsichtlich der Voraussagbarkeit des Ergebnisses wurde festgestellt, dass u.a. bei den Faktoren „alarmierende psychische Symptome“, „Körpersymptome“ und „Suizidalität“ der Behandlungserfolg umgekehrt proportional zu deren Ausprägung war. Eine Chronifizierung (oftmals iatrogen) der Erkrankung erwies sich als ein prognostisch ungünstiger Faktor bezüglich der Behandlungsfähigkeit.

In der „Zauberberg-Studie“ (Lamprecht et al. 1987, Schmidt 1991) wurden die Therapieverläufe von 364 stationären Patienten einer Rehabilitationseinrichtung mit Katamnesedaten nach 12 bis 16 Monaten evaluiert. Die Befragung beruhte zum einen auf etablierten psychometrischen Untersuchungsverfahren (Freiburger – Persönlichkeitsinventar, Gießen - Test), zum anderen auf speziell entwickelten Katamnesefragebögen bzw. einem Beurteilungsbogen am Ende der Therapie. Bei letzterem bewerteten die Patienten das Ergebnis der Heilbehandlung mit 39,4% als gut, mit 49% als zufriedenstellend und mit 11,6% als nicht zufriedenstellend. Das Ergebnis der 1-Jahres-Katamnese zeigte bei 23,7% der Patienten eine deutliche Beschwerdebesserung, 43,9% eine Besserung, bei 26,9% keine Veränderung und bei 4,9% eine Verschlechterung. Es fand sich eine Reduktion der Arztbesuche um 20%, der Zahl der Krankschreibungstage um 48% und der Krankenhaustage um 60%, sowie eine verringerte Medikamenteneinnahme bei 64% der Patienten. Hinsichtlich des Benefits einer stationären Psychotherapie, erwiesen sich u.a. das Lebensalter der Patienten, die Dauer der stationären Behandlung und die Hauptdiagnose als erfolgreich.

Die Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie untersuchte Zielke (1993) in der sog. *BKK-Studie*. Es fanden sich bei den 148 Patienten zu Therapieende, nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 61,2 Tagen signifikante Besserungen der Symptomatik, der Lebenszufriedenheit, des Selbstwerterlebens und der Anpassung im beruflichen und persönlichen Bereich. Als weitere Erfolgsparameter wurden Reduktion von Arztbesuchen, Medikamentenkonsum, Arbeitsunfähigkeitstagen, Ersparnis am Krankenhauskosten untersucht. Die Analysen stützen sich auf folgende Datenquellen: Patienten, Therapeuten, Kassendaten. Folgende Fragebögen kamen zur Anwendung: FPI-R, Giessener-Beschwerdebogen, Psychosomatische Symptomcheckliste. Insgesamt stuften die Therapeuten den Zustand bei 90,5% der Patienten nach der Behandlung als gebessert ein, wobei 23,6% von einer wesentlichen, 44,6% von einer deutlichen und 22,3% von einer leichten Verbesserung sprachen. Als unverändert schätzten ihren Zustand 8,1% der Patienten ein. Eine Verschlechterung war aus Therapeutensicht bei keinem Patienten festzustellen. Bei einer Nachuntersuchung nach zwei Jahren war der Anteil der Patienten, die unter starken Beschwerden leiden von 50,4% zu Beginn der Behandlung auf 29,7% zurückgegangen.

Aus der BKK-Studie könnte man einen gewissen Vorteil von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ableiten. In einem Vergleich von Studien aus verschiedenen Reha - Kliniken stellten *Paar et al.* (1998), die zwischen verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Ausrichtung unterschieden haben, jedoch fest, dass sich die Ergebnisqualität beim Verlassen der Klinik hinsichtlich der beiden Konzepte nicht unterscheidet, dass sich aber katamnestisch Unterschiede zu Ungunsten der verhaltensmedizinisch behandelten Stichprobe ergaben. Diese differenten Ergebnisse können jedoch möglicherweise auf Stichprobenunterschiede zurückgeführt werden. Schlussfolgernd wurde eine positive Wirkung von psychosomatischer Rehabilitation festgehalten, unabhängig von den beiden Behandlungskonzepten. Dass es keine deutlichen Hinweise für die Bevorzugung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungskonzepte im Rahmen des ambulanten oder stationären Behandlungsangebots gibt, wird auch von anderen Autoren angenommen (Bergin et al. 1994, Paar und Kriebel 1998).

Es kann also nicht eindeutig festgestellt werden, welches der beiden Konzepte dem anderen überlegen ist. Um eine fundiertere Aussage machen zu können, wäre es nötig genaue Vergleichsstudien hinsichtlich der beiden Modelle vorliegen zu haben, denen ein

jeweils ähnlich charakterisiertes Patientengut und eine hohe Stichprobenzahl zugrunde liegt.

*Bassler* (1994) evaluierte ein tiefenpsychologisch fundiertes stationäres Psychotherapiekonzept anhand einer Stichprobe von 295 Patienten und legte eine 1-Jahres-Katamnese vor. Das Behandlungskonzept reichte von einer ausschließlich integrativen Betrachtungsweise bis hin zu einer mehr bipolaren Organisationsstruktur. Die Patienten wurden im Durchschnitt 96,6 Tage behandelt. Zur Evaluierung der Therapie wurden psychometrische Testinstrumente eingesetzt, wie BPQ, FKS, GBB etc. Bezogen auf ein kombiniertes Erfolgskriterium erreichten 56% der Patienten aus der Gesamtstichprobe einen guten bis sehr guten Behandlungserfolg, 12% eine mäßige Besserung, 24% keine Veränderung, 8% eine Verschlechterung. Ein starker Effekt (Effektgröße  $d = 0,80$ ) war auf der Skala Erfolgszufriedenheit nachweisbar. Mittlere Effekte ergaben sich für die Skalen „Allgemeiner Beschwerdedruck“, „Trait-Angst“, „Therapeutische Beziehung“ und „Soziale Resonanz“. Die positiven Veränderungen blieben sowohl 6 Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung als auch bei der 1-Jahres-Katamnese stabil, und zwar unabhängig davon, ob nach Beendigung der stationären Therapie eine ambulante Weiterbehandlung erfolgte oder nicht. Als vorteilhaft für den Behandlungserfolg hat sich eine mittlere stationäre Behandlungsdauer von 3 Monaten bewährt. Eine deutlich längere Behandlung ließ keine weiteren positiven Veränderungen erkennen. Prognostisch günstige Voraussetzungen für das Therapieergebnis waren u.a. ein geringes Alter der Patienten, wenig Ich-strukturelle Defizite, weniger häufig psychiatrische Behandlungen in der Vorgeschichte, weniger Angst und weniger depressive Gemüthsstimmung. Es zeigte sich, dass Patienten mit Angststörungen das beste (64% guter bis sehr guter Erfolg) und mit Zwangsstörungen das schlechteste Behandlungsergebnis (nur 26% mit gutem bis sehr gutem Erfolg) erzielten.

In der Studie von *Junge und Ahrens* (1996) wurde ein überwiegend tiefenpsychologisches (gemischt mit verhaltenstherapeutischen Elementen) Behandlungskonzept aus der Akutversorgung untersucht und ihre 1-Jahres-Katamnese über 164 Patienten vorgelegt. Die Verweildauer auf der Station betrug im Durchschnitt 66,8 Tage. Die Studie verfügt über standardisierte Methoden der Erfolgsmessung, darunter auch eine Erfassung der Beschwerden durch den SCL-90-R. Zusätzlich haben die behandelnden Ärzte bzw. Psychotherapeuten auf einer fünfstufigen Skala die Therapieerfolge eingeschätzt. (Horowitz

et al. 1994, Franke 2002). Bei der Entlassung gaben 85%, nach 1 Jahr 75% eine Besserung ihrer Beschwerden an. Psychodiagnostisch (u.a. SCL-90-R) fand sich eine signifikante Besserung in den meisten Skalen.

Eine multizentrische Studie an 5 Kliniken (*Paar und Kriebel* 1998) erlaubt den Vergleich verschiedener psychosomatischer Fachkliniken und sollte exemplarisch die studienübergreifende Wirksamkeit der stationären Psychotherapie an Merkmalen verdeutlichen, die in verschiedenen Untersuchungen erhoben worden sind. Es ist aber zu beachten, dass sich die beteiligten Kliniken teilweise in der Zusammensetzung der Patientstichprobe, der Behandlungsdauer und dem Setting unterscheiden haben. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus der Kieler Stichprobe mit 35 Patienten und einer Behandlungsdauer von ca. 6 Monaten (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994), der Hannoveraner Stichprobe mit 110 Patienten und einer Behandlungsdauer von ca. 3 Monaten (Liedtke et al. 1993), der Mannheimer Stichprobe mit 39 Patienten und einer Behandlungsdauer von 5-7 Wochen (Muhs 1993), der Berlin-Hirschgarten-Stichprobe mit 24 Patienten und einer Behandlungsdauer von 3 Monaten (Hess 1993) und der Gelderland-Stichprobe mit 95 Patienten und einer Behandlungsdauer von im Mittel 49 Tage (Kriebel et al. 1993) zusammen. Die ersten vier Stichproben stammen aus dem Akutbereich, letztere aus dem Rehabilitationsbereich. Alle an der Studie beteiligten Kliniken haben als Erfolgsmaß die SCL-90-R verwendet. Die Patienten der Kieler Stichprobe wurden etwa ein Jahr nach Therapieende katamnestisch untersucht, wobei sich eine deutliche Reduktion der interpersonalen Problematik ergab. Beim Vergleich der Studien zeigte sich, dass ein hoher Anteil von Patienten, die an Essstörungen leiden, prognostisch offensichtlich ungünstig für die Wirksamkeit der Behandlung ist.

1999 legte *Nosper* die sog. TWK -Studie vor, die an 266 Patienten in psychodynamisch orientierter psychosomatischer Rehabilitation durchgeführt wurde. Der Behandlungszeitraum betrug 6 Wochen. Nach 3 Wochen wurden bezüglich der Gesamtsymptombelastung (GSI der SCL-90-R) Effektstärken von 0.39, nach 6 Wochen von 0.65 gefunden. Ausgehend von der Prä-Post-Differenz der GSI-Werte erreichten 74% aller schwer belasteten Patienten bei der Entlassung das Kriterium „gebessert“. Als sehr gebessert konnten 54% bezeichnet werden.

In einer multizentrischen, retrospektiven Studie, die *Franz et al.* (2000a) an drei Universitätskliniken in den Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin durchgeführt ha-

ben, wurden die Daten von 495 Patienten erfasst. Die therapeutischen Konzepte waren tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientiert. In Einzelfällen wurden auch kombiniert verhaltenstherapeutische Techniken angewendet. Die Behandlungserfolge wurden mit Fragebögen erfasst (SCL-90-R oder BSS). Im Laufe der Untersuchung stellte sich heraus, dass ca. 55% der Patienten eine Verbesserung ihres Zustandes zeigten. Bei 22% blieb er unverändert und bei 6% verschlechterte er sich. Nach den Messinstrumenten (GSI der SCL-90-R) ergab sich mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0.84 eine gute Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Therapie, wobei die Effektstärke bei Depressivität am höchsten und bei phobischer Angst am niedrigsten war. Bei der Untersuchung hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen erreichter Effektstärke und Aufenthaltsdauer gefunden werden. Man stellte jedoch fest, dass sich sowohl bei sehr kurzen (<50 Tage), als auch bei sehr langen Behandlungszeiten (>200 Tage), geringere Effekte erzielen ließen. Statistisch signifikante Geschlechtseffekte und Zusammenhänge mit dem Lebensalter waren nicht erkennbar, wenngleich die Besserung bei Frauen mit 57% etwas ausgeprägter war als mit 53% bei Männern.

An der Leipziger Universitätsklinik mit tiefenpsychologischem Therapiekonzept, führten Geyer *et al.* (2000) an zwei Stichproben (Jahrgang 1986/87 bzw. 1991), eine 5-bzw. 6-Jahreskatamnese durch. Der subjektive Eindruck der Patienten wurde mittels eines Katamnese - Fragebogens, die Veränderung der Symptomatik mit dem BFB-B (Beschwerdefragebogen) ermittelt. Die Rücklaufquote ergab einen Stichprobenumfang von 111 Patienten. Es wurde festgestellt, dass am Ende der stationären Behandlung etwa die Hälfte der Patienten zufriedenstellend in ihrer Symptomatik gebessert waren und dass der Behandlungserfolg katamnestisch jedoch noch um einiges höher lag: 6- bzw. 5 Jahre nach der Therapie waren 72% (1986/87) bzw. 60% (1991) der Patienten im Hinblick auf das Niveau psychischer und körperlicher Beschwerden im Normbereich bzw. hatten ihre Symptomatik weitgehend verloren. Zufrieden mit der Behandlung waren zu diesem Zeitpunkt 80%.

Weimer (2001) hat die Daten von insgesamt 157 Patienten ausgewertet, die auf der psychoanalytischen Psychotherapiestation der Psychiatrischen Klinik des Klinikums Ingolstadt behandelt wurden. Es wurde mittels Fragebogen der von den Patienten eingeschätzte Therapieerfolg mit den Angaben der Therapeuten verglichen. Die Einschätzun-

gen ähnelten sich stark: die Patienten bewerteten die Therapie in 48% der Fälle als erfolgreich, in 43% als teilweise erfolgreich und in 9% sprachen sie von einem nicht gebesserten Zustand; bei den Therapeuten waren es 47%, 46% und 7%. Die Symptome, die zum stationären Aufenthalt geführt haben, wurden in einer 1-Jahreskatamnese von 16% der Patienten als vollständig gebessert und von 54% als gut bis etwas gebessert bewertet.

Laut Schulte (1993) sollte die Effektivität durch multiple Kriterien (Lambert et al. 1986), multimethodal (Seidenstücker, Baumann 1978) und multimodal, auf mehreren Ebenen (Fahrenberg 1987) erfasst werden. Hierbei sollen standardisierte Ergebnisparameter eingesetzt und die gemessenen Effekte auf ihre klinische Bedeutsamkeit bewertet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von allen Studien ein positives Ergebnis bei stationärer Psychotherapie nachgewiesen wurde. Im Durchschnitt war bei zwei Drittel bis drei Viertel der Patienten eine deutliche klinische Besserung feststellbar. Positive Ergebnisse ließen sich sowohl für den psychodynamisch orientierten Akut- und Rehabilitationsbereich, als auch für verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kliniken feststellen. Ein eindeutiger Beweis für den Vorteil eines der beiden Konzepte konnte nicht gefunden werden.

Kritisch ist zum derzeitigen Forschungsstand folgendes anzumerken:

- Insgesamt sind die Stichprobengrößen zu gering, als dass differenzierende Aussagen zu den Einflüssen von verschiedenen Settingfaktoren (eingesetzte Therapieverfahren, stationäre/institutionelle Rahmenbedingungen, Therapiedosis etc.) möglich sind.
- Die Untersuchungen verwenden unterschiedliche Messintervalle, so dass die Studienergebnisse nur schwer miteinander zu vergleichen sind.
- Die gewählten Erfolgsmaße sind uneinheitlich und orientieren sich unterschiedlich an Patienten- oder Therapeuteneinschätzungen, an der Symptomatologie oder an Befindensparametern (Leichsenring, Rüger 2004, Rudolf et al. 2004a). Die Frage nach strukturellen Veränderungen wird nur selten gestellt. Diese wäre aber gerade für psychodynamische Verfahren angemessen, welche offensichtlich im Vergleich zur Verhaltenstherapie hier im Vorteil sind.



Vor diesem Hintergrund und angesichts der Kostendiskussion im Gesundheitssystem, ist das Interesse an *nachhaltigen* positiven Veränderungen bei psychischen Störungen gewachsen und eine differenzierende Evaluation der Effekte stationärer tiefenpsychologischer Psychotherapie innerhalb einer prospektiven und methodisch gut abgesicherten Untersuchung an einer großen Patientienstichprobe dringend erforderlich. Dazu bedarf es allerdings einer verlässlichen Erfassungsmethode. Diese scheint mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) neuerdings vorhanden zu sein, die im Folgenden näher beschrieben wird.

## **2.2 Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) als Erfassungsinstrument für strukturelle Veränderungen**

Es kann davon ausgegangen werden, dass nachhaltige Besserungen vor allem durch strukturelle Veränderungen erreicht werden können, so wie umgekehrt der Strukturdiagnostik bei einer differenziellen Therapieindikation eine wegweisende Funktion zukommt (Rudolf 2000b, Rudolf et al. 2004a, 2004b). *Nachhaltige* Veränderungen sind am ehesten zu erwarten, wenn es nicht nur zu einer Symptombesserung kommt, sondern zu strukturellen psychischen Veränderungen. Für die Erfassung struktureller Veränderungen gibt es gegenwärtig nur wenige methodisch abgesicherte Fragebögen. *Nachhaltige* Therapieeffekte wurden bisher meist mittels katamnestischer Untersuchungen zu erfassen versucht. Mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) haben wir wahrscheinlich ein Instrument zur Verfügung, welches solche Veränderungen durch psychodynamisch orientierte Therapien (Rudolf et al. 2000a, 2000b) am Ende einer Behandlung erfassen kann.

Bei der Skala handelt es sich um eine eindimensionale Fremdbeurteilungsskala, die auf der Grundlage eines halbstrukturierten Interviews eingeschätzt wird. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 5 bis 15 Minuten je nach Anzahl der Foki. Diese Skala stellt eine modifizierte Form der „Assimilation of problematic experience scale“ (APES) von Stiles et al. (1992) dar, und wurde im Rahmen des Projekts „Praxisstudie analytische Langzeit-

therapie“ seit 1995 entwickelt als ein Instrument zur Erfassung der Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit im Verlauf analytischer Psychotherapien.

Dieses Instrument ist geeignet, die schrittweise therapeutische Veränderung des auffälligen Eingangsbefundes, bzw. „Veränderungen jenseits der Symptomatik“, also Veränderungen auf der Ebene der symptomverursachenden bzw. aufrechterhaltenden Persönlichkeitsdispositionen zu erfassen und kann auch in der Behandlungsplanung und Evaluation, das heißt zur Qualitätssicherung, angewendet werden. Eine Sequenz von therapeutischen Schritten, welche das zunehmende Gewährwerden, Verstehen, Bearbeiten, Lösen und Meistern von Problemen beschreibt, wurde auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, wo die Vorgänge der Abwehr, der Beziehungsgestaltung, der Übertragungsentwicklung und der Internalisierung die wesentlichen Bezugspunkte bilden. Diese Sequenz bildet ein Modell, um die Entwicklungslinien in der Form einer Stufenskala zur Einschätzung des therapeutischen bzw. analytischen Prozesses zu konkretisieren.

Die Anwendung von HUS setzt die Formulierung eines Problemfokus (zentraler Problembereich) voraus, an dem der Umstrukturierungsprozess beobachtet werden soll. Als Foki werden problematische Aspekte der Patientenpersönlichkeit bezeichnet, die seine Beschwerden verursachen bzw. aufrechterhalten. In der HUS gewinnen wir den Fokus durch die Einschätzung des Befundes der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Rudolf et al. 2000a, 2000b, Arbeitskreis OPD 2006). Aus den drei OPD-Achsen – Achse II: Beziehung, Achse III: Konflikt und Achse IV: Struktur - entstehen die Hauptproblembereiche: die Beziehung, die lebens-bestimmenden Konflikte (mit acht Untergruppen: Abhängigkeit/Autonomie, Unterwerfung/Kontrolle, Versorgung/Autarkie, Selbstwertkonflikte, Schuldkonflikte, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte, eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung) und die strukturellen Fähigkeiten/ Vulnerabilitäten (mit sechs Untergruppen: Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung). Es ist zu beachten, dass die so definierten Foki mit den therapeutischen Foki der behandelnden Psychotherapeuten zwar identisch sein können, dies aber keinesfalls müssen. Im allgemeinen wählt man unter den die Persönlichkeit charakterisierenden Problemfoki denjenigen aus, auf dem sich die Therapie bezieht. Die Skala zur Beurteilung des Fokus besteht aus sieben aufeinander abgestimmten Stufen. Diese stellen die unter-

schiedlichen Modalitäten des Umgangs eines Patienten mit einem Problemfokus dar. Stufe 1 entspricht der Abwehr/Nicht-Wahrnehmung des Fokus, Stufe 2 der ungewollten Beschäftigung mit dem Fokusbereich, Stufe 3 der vagen Fokuswahrnehmung, Stufe 4 der Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Stufe 5 der Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich, Stufe 6 der Neuordnung des Fokusbereichs und Stufe 7 der Auflösung des Fokus. Jede Stufe hat drei Ausprägungen entweder mit Tendenzen zur nächst höheren oder nächst niedrigeren Stufe.

Für die Auswertung bieten sich Prä-/ Post-Differenzen der HUS - Werte an. Es können auch Differenzen der Mittelwerte der HUS - Einschätzungen Prä und Post berechnet werden. Man kann auch die absolute HUS - Einschätzung bei Therapieabschluss als Outcomemaß verwenden. Im Falle der Auswahl mehrerer Foki bietet sich der über die Foki gemittelte HUS - Wert bei Therapieabschluss als Maß an. Die Behandlungsergebnisse könnten auch entsprechend des Erreichens der Stufe 4 einerseits oder der Stufe 5 bzw. 6 andererseits definiert werden. Im Rahmen einer Katamnese studie (Grande et al. 2001) konnte gezeigt werden, dass der über die Foki gemittelte absolute HUS - Wert bei Behandlungsende mit progressiven Schritten im äußeren Leben der Patienten nach der Entlassung aus der Klinik signifikant korrelierte und darüber hinaus als einzige Outcomevariable eine Prognose erlaubte. Eine Studie von Rudolf et al. (2004a) zeigte, dass Patienten mit einer analytischen Psychotherapie eine Umstrukturierung von Stufe 5 oder mehr signifikant häufiger erreichen als Patienten mit einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie.

Für die Beurteilung der Foki auf der HUS geben Rudolf et al. (2000a) auf der Grundlage von 306 Beurteilungen einzelner Foki eine Interraterübereinstimmung von  $r = 0,77$  an. Die Reliabilitätsprüfung ergab auf der Grundlage von 161 Fokusaussuchen und unter Zugrundelegung der 6 Hauptdimensionen der HUS ein  $\kappa$  von 0,70, was als hinreichend gut gelten kann.

Die individualisierte Fokusausswahl setzt die Vertrautheit mit dem System der OPD voraus. Erste empirische Befunde mit der HUS entstammen einer an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg durchgeführten Studie (Grande et al. 2001). Nachdem es bisher kaum empirische Untersuchungen zum HUS gibt, soll diese hier beispielhaft ausführlich dargestellt werden.

Die Gesamtgruppe von 49 Patienten war ca. 12 Wochen stationär psychotherapeutisch behandelt. Das Patientenalter lag durchschnittlich bei 29,8 Jahren. 69,4% der Patienten waren weiblich. Die häufigsten Diagnosen waren depressive Störungen (36,7%), somatoforme Störungen (28,6%), Angststörungen (22,4%), Essstörungen (20,4%) und Phobien (12,2%). Bei 48,9% der Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung festgestellt, davon am häufigsten eine emotional instabile Persönlichkeit. In der Studie wurden die Zusammenhänge zwischen der Umstrukturierungsskala und globalen Einschätzungen zum Behandlungserfolg durch die Patienten und das Behandlungsteam: die Einzeltherapeuten, die Visitenärzte oder Visitenpsychologen und das Schwesternteam vorgenommen. Die Untersuchung bezog sich auf fünf Bereiche: die psychische, die körperliche Symptomatik, die Beziehungsprobleme, die soziale Kompetenz und die Leistungsfähigkeit. Die Veränderungen wurden jeweils auf einer siebenstufigen Skala mit den Polen -3 (sehr verschlechtert) und +3 (sehr gebessert) beurteilt. Über die genannten 5 Bereiche wurden die Summenwerte berechnet. Es war möglich durch die interne Konsistenz für die Summenskalen eine Summenbildung zu machen, so dass vier globale Erfolgsbeurteilungen aus der Sicht des Einzeltherapeuten, der Visite, des Schwesternteams und des Patienten zur Verfügung standen. Es erwiesen sich in Verbindung mit der Umstrukturierungsskala zwei Erfolgsmaße als sinnvoll, einerseits die Progression eines Patienten auf der Umstrukturierungsskala von Behandlungsbeginn bis zur Entlassung, berechnet als Differenz der Durchschnittswerte über alle fünf ausgewählten Foki am Beginn und am Ende der Therapie, andererseits die von einem Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung, auf der Umstrukturierungsskala erreichte Stufe als absolutes Erfolgsmaß, das als Durchschnittswert aller fünf ausgewählten Foki am Ende der Therapie berechnet wurde.

Die Studienergebnisse zeigten, dass die Gesamtgruppe der Patienten durchschnittlich etwas oberhalb der Stufe 2 der HUS „ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus“ in die Behandlung eingetreten ist und zwischen den Stufen 3 „vage Fokuswahrnehmung“ und 4 „Anerkennung und Erkundung des Fokus“ entlassen wurde. 8 Patienten verharrten auf dem Anfangsniveau, 21 (43,75%) sind bis zum Ende der Behandlung mindestens bis zur Stufe 4 gekommen und 27 Patienten (56,25%) darunter geblieben. Insgesamt hatten sich 27 Patienten mit einer Stufe verbessert (unter ihnen kamen 2 von Stufe 1 auf Stufe 2, 15 Patienten von Stufe 2 auf Stufe 3 und 10 Patienten von Stufe 3 auf Stufe 4). Es gab 11 Patienten die eine Verbesserung von zwei Stufen gezeigt haben (2 von Stufe 1

auf Stufe 3, 6 von Stufe 2 auf Stufe 4 und 3 von Stufe 3 auf Stufe 5). Es gab 2 Patienten, die von Stufe 2 bei Aufnahme bis zur Stufe 5 bei Entlassung gekommen sind.

Es zeigte sich bei dieser Studie, dass die Methode der Veränderungsmessung durch HUS reliabel angewandt werden kann. Die mit ihr erfassten therapeutischen Veränderungen korrelieren mit globalen klinischen Erfolgsbeurteilungen durch das therapeutische Team sowohl absolut gesehen, als auch im Vergleich zu symptomatischen Veränderungsmaßen recht hoch.

In der Studie werden die Ausprägungsstufen 1 und 2 besonders diskutiert und es wird angenommen, dass es sich dabei um Patienten handelt, die fremdmotiviert sind und ohne Therapieanliegen in die stationäre Behandlung gelangten. Bei ihnen sollte das Therapieziel sein, in den ersten Gesprächen ein „vages Problemverständnis“ zu erarbeiten, um auf Stufe 3 zu gelangen. Das könnte man praktisch mit einer konfrontierenden, edukativen therapeutischen Arbeit angehen, da der Patient seine Schwierigkeiten von außen kommend erlebt. Keiner der untersuchten Patienten beginnt die Behandlung mit einem durchschnittlichen Skalenwert von mehr als 3. Nach dem Verständnis der Autoren ist das Erreichen der Stufe 4 ein wesentliches Ziel von stationären Psychotherapien und die Anerkennung zentraler Problembereiche bildet unter anderem die Voraussetzung für ein Arbeitsbündnis mit verbindlichem Charakter. Die Stufe 4 bildet auch eine Voraussetzung für das therapeutische Ziel der Bewältigung. Die Autoren sind der Meinung, dass die Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit nach ihrem Modell eine Aufgabe für langfristige psychoanalytische Behandlungen ist, in denen auch die Stufen 5 bis 7 erreicht und durchlaufen werden. Dieser obere Bereich (Stufe 5 bis 7) der Umstrukturierung wird in der begrenzten Behandlungsdauer eines stationären Aufenthaltes nur in wenigen Fällen erreicht. Man kann also das Erreichen von Stufe 4 als „Erfolg“ im Rahmen der stationären Psychotherapie ansehen.

In der vorgestellten Studie hatten die Problembereiche den Stellenwert von Forschungsfoki, die dem behandelnden Therapeuten nicht bekannt waren und deshalb nicht auf die Therapie Einfluss nehmen konnten. Die Autoren empfehlen aber diese Forschungsfoki zu expliziten Behandlungsfoki zu machen. Sie beschreiben dann die praktische Anwendung des Modells, in dem man im ersten Schritt aus der Fokusliste Problembereiche auswählt und dann für jeden Fokus ein Ziel formuliert (in Form einer Ausprägungsstufe). Sie geben ein befriedigendes Ziel mit der Stufe 4 an. Erst beim Erreichen der Stufen 3 oder 4 können Interpretationen und Deutungen in den Mittelpunkt der Therapie treten.

Dieser Ansatz mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala ist mit dem Qualitätssicherungsverfahren der Psy-BaDo (Heuft et al. 1995, Heuft und Senf 1998) kompatibel. Das Skala verfolgt aber eine psychoanalytische Perspektive und bildet so eine sinnvolle Ergänzung der Psy-BaDo dar. Ein stärkerer Validitätsnachweis ist katamnestisch durch eine Überprüfung des Verlaufs nach der Klinikentlassung möglich, da es anzunehmen ist, dass Patienten, welche bei Entlassung Stufe 4 erreicht haben in der Lage sein müssten, danach diesen Erfolg praktisch umzusetzen und konkrete Veränderungen in Bereichen ihres äußeren Lebens vorzunehmen.

Die Anwendung der HUS ist sehr vielseitig und zur Erfassung von aktuellen Ergebnissen einer stationären Psychotherapie und von nachhaltigen Therapieeffekten geeignet. Außerdem eignet sich HUS zur Qualitätssicherung psychotherapeutischer Therapieverfahren und in Begutachtungsverfahren der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in unterschiedlichen rechtlichen Kontexten wie z.B. im Strafrecht, Zivilrecht oder Sozialrecht (Heuft et al. 2005).

### **3 Therapeutischer Rahmen und Fragestellung der Untersuchung**

#### **3.1 Therapeutischer Rahmen**

Therapiekonzept und Rahmenbedingungen der stationären Psychotherapie sollen in Bezug auf die Station B1-b der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München beschrieben werden. Sie definieren den „therapeutischen Rahmen“, innerhalb dessen die folgenden Untersuchungen stattgefunden haben.

##### **3.1.1 Geschichte und organisatorische Struktur der Psychotherapiestation B1-b**

Die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München besteht seit 1972, die Station für psychoanalytische Psychotherapie mit 12 Betten seit November 2000. Bevorzugte Behandlungsart ist „Behandlung der Patienten im Team“. Mitglieder dieses Teams sind der behandelnde Arzt, der Stationsarzt, Einzel-, Gruppen-, Sozial-, Gestaltungs-, Musiktherapeuten. Nach dem psychoanalytischen Konzept wird alles auf Station zum psychotherapeutisch relevanten Material und alle Prozesse, die im Behandlungsteam ablaufen, werden als Spiegelung der Innenwelt des Patienten verstanden. Das Erleben des Patienten während seines stationären Aufenthaltes stellt das wesentliche psychotherapeutische Material dar. Es werden interaktionelle und innerseelische Prozesse im Hier und Jetzt fokali bearbeitet, zu dem alles von außerhalb Kommende, wie Erinnerungen, frühere Ereignisse und Traumata in funktionalem Bezug gesetzt. In den wöchentlichen Teamkonferenzen werden psychodynamische Verständnisse, therapeutische Ziele erarbeitet (Ermann 2003). Folgende Therapieangebote sind möglich: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Kontaktgespräche, Gestaltungs-/Musiktherapie, Gespräche mit Patienten und Entspannungsverfahren. In der Einzeltherapie ist der Bezugsrahmen für die Interventionen und die Deutungen die Übertragungsszene, die sich in der Beziehung des Patienten zu Mitpatienten und zu Mitgliedern des Teams manifestiert. Der Einzeltherapeut verdeutlicht dem Patienten, wie er das stationäre Behandlungsarrangement mit allen seinen Bezie-

hungen für sich nutzt (Seidl und Ermann 2003). Die Gruppentherapie kann sich als analytische Gruppe oder als interaktionelles Modell gestalten. Bei der analytischen Gruppe stehen inhaltlich die unbewussten infantilen Konflikte, Übertragungen und Widerstände im Vordergrund, gut geeignet für höher strukturierte Patienten. Das interaktionelle Konzept richtet sich nach den bewussten Interaktionen, den normativen Verhaltensregulierungen. Regression soll verhindert werden. Die Gruppentherapie bedient sich beider Modelle und soll das Leben außerhalb der Klinik darstellen. Die Gestaltungs-/Musiktherapie ist ein direkter, vorsprachlicher Ausdruck der aktuellen inneren Prozesse, besonders geeignet für Patienten mit Symbolisierungsdefiziten und für emotional gehemmte Patienten. Bei den anderen Therapieverfahren erfolgt keine Rückmeldung durch die jeweiligen Therapeuten an das Behandlungsteam. Das Ziel einer unter Umständen nötigen medikamentösen und der verhaltenstherapeutischen Therapien ist die Stabilisierung des Patienten, damit eine analytische Psychotherapie möglich wird (Seidl und Ermann 2001).

### **3.2 Fragestellung**

In dieser Arbeit wurden die Behandlungsergebnisse analytischer Psychotherapie innerhalb einer Psychiatrischen Klinik untersucht. Im Hinblick auf dieses Therapieverfahren lautet deshalb die zentrale Frage der vorliegenden Untersuchung: In welchem Ausmaß kommt es zu einer strukturellen Veränderung der Patienten. In Bezug darauf wird weiter untersucht, wie die traditionellen Ergebnisparameter der subjektiven Befindlichkeit und der Symptomveränderung damit zusammenhängen. Zur Erfassung der strukturellen Veränderungen wird die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) verwendet, die die differenzierte Darstellung der therapeutischen Foki und der strukturellen Veränderungen ermöglicht. Unsere Untersuchungen leisten zugleich einen Beitrag zur Frage der Praktikabilität dieses neuen Untersuchungsinstrumentes. Darüber hinaus werden Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis untersucht. Im einzelnen ergeben sich daraus folgende konkrete Fragen:



- Was sind die Foki entsprechend der HUS, auf welche sich die Therapie bezieht?
- Wie stark sind die Veränderungen bezüglich dieser Foki am Ende der Behandlung?
- Welche Veränderungen gibt es am Ende der Behandlung bezüglich der subjektiven Befindlichkeit gemessen als Schwere der Beeinträchtigung (Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank) und des Global Assessment of Functioning Scale (GAF)?
- Gibt es Entsprechungen der Veränderungen nach der HUS und dem BSS bzw. GAF?
- Welchen Einfluss haben Behandlungsdauer, Diagnosen und Strukturniveau auf das Behandlungsergebnis, gemessen nach dem BSS?
- Wie verhalten sich BSS und GAF in der Selbst- und Fremdbeurteilung?

## 4 Methoden und Stichprobe

### 4.1 Methoden

#### 4.1.1 Datenerhebung

Die Daten wurden zu zwei Zeitpunkten erhoben, bei der Aufnahme (t1) und bei Entlassung (t2). Zu beiden Zeitpunkten mussten Patienten und Therapeuten Fragebögen ausfüllen (Tab. 2).

**Zum Aufnahmezeitpunkt t1** erfolgte die Aufklärung (Anhang 1; S. 110), die Einwilligungserklärung (Anhang 2; S. 111) und das Ausfüllen der Aufnahmefragebögen. Die Fragebögen für die Patienten beinhalteten insgesamt 114 Fragen. Neben allgemeinen Fragen waren es die Fragen der SCL-90-R (Symptomcheckliste) und der BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score). Zum Zeitpunkt t1 hatten außerdem die Behandler Zugangsmodus und Vorbehandlungen des Patienten anzugeben und den BSS und GAF (Global Assessment of Functioning Scale) zu beurteilen. Die HUS (Heidelberger Umstrukturierungsskala) und die Diagnosen wurden etwa eine Woche nach Aufnahme festgelegt (insgesamt 33 Variablen).

**Zum Entlassungszeitpunkt t2** hatten die Patienten die Entlassungsbögen auszufüllen mit 96 Fragen, darunter neben allgemeinen Fragen die SCL-90-R und den BSS. Die Therapeuten hatten GAF, BSS, HUS auszufüllen und Entlassungsmodus, Aufenthaltsdauer und therapeutische Empfehlungen (33 Variablen) anzugeben.

Tab. 2 : Datenerhebung

Instrument	t1	t2
Einwilligungserklärung	P	
allg. Patientendaten	P	P
SCL-90-R	P	P
allg. Patientendaten	Th	Th
BSS	P/Th	P/Th
GAF	Th	Th
HUS	Th	Th

P: Patient, Th: Therapeut

Die Daten aus den Erhebungen wurden in Auswertungsbögen überführt, welche 21 Variablen von Seiten des Patienten und 15 Variablen von Seiten der Therapeuten enthielten. Die so aufbereiteten und codierten Daten bildeten die Grundlage für die anschließende computergestützte statistische Auswertung.

#### 4.1.2 Diagnosen

Die klinische Hauptdiagnose bezog sich auf die Störungen, welche der Grund für die stationäre Aufnahme waren. Die Angabe der klinischen Diagnosen erfolgte nach ICD-10. Daneben wurde eine ätiologische, neurosenpsychologische Diagnose gestellt entsprechend den Vorgaben von Ermann (2004a, 2004b). Dabei wurden unterschieden: Symptomneurosen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Störungen, reaktive (v.a. somatopsychische) Störungen und Psychosomatosen, sowie somatoforme Störungen und Verhaltensstörungen. Weitere Diagnosen wurden als Nebendiagnosen und der Bedeutung nach als zweite, dritte oder „somatische Diagnose“ bezeichnet (ICD-10).

#### 4.1.3 Untersuchungsinstrumente

Der **SCL-90-R** (Symptomcheckliste, Anhang 3, 4; S. 112, 113) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Mit 90

Items wird auf 9 Skalen das Ausmaß an Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobischer Angst, paranoidem Denken und Psychotizismus eingeschätzt. Eine zusammenfassende Skala beurteilt die globale psychische Belastung (GSI –global severity index). In Normalkollektiven sowie auch bei klinischen Stichproben wurden im deutschen Sprachraum an insgesamt 784 Probanden Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's Alpha) zwischen 0,83 und 0,95 gefunden (Franke 2002). Der Zeitbedarf zur Beantwortung des Fragebogens beträgt ca. 20 min.

Der **Beeinträchtigungs-Schwere-Score** (BSS, Schepank 1987, 1995; Anhang 13; S. 122) ist ein hoch reliables, standardisiertes Instrument zur Bestimmung der Beeinträchtigungsschwere aufgrund einer psychogenen Erkrankung. Voraussetzung für eine valide Einschätzung ist die gründliche Diagnostik. Eine primäre somatische Erkrankung als Ursache muss ausgeschlossen werden. Auf drei Subskalen (körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungsgrad) werden Werte zwischen 0 (keine psychogene Beeinträchtigung) und 4 (extreme Beeinträchtigung) vergeben und zu einem Summenwert (Gesamt-BSS-Score zwischen 0 und 12) addiert (Lange, Heuft 2002).

Das „**Global Assessment of Functioning Scale**“ (GAF, Anhang 13; S. 122) ist eine globale Ratingskala zum psychosozialen Funktionsniveau, wobei ein integrales Gesamturteil über die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten mit einem Zahlenwert zwischen 1 und 100 getroffen wird. Sie besteht aus 10-er Punktschritten mit 10 klar definierten Ankerpunkten, die eine detaillierte Beschreibung von Symptomen, der Leistungsfähigkeit, der sozialen Beziehungen sowie der Psychopathologie enthalten (Lange, Heuft 2002). Es handelt sich um ein einfach durchzuführendes und hinreichend reliables Verfahren.

Die **Heidelberger Umstrukturierungsskala** (HUS) stellt eine modifizierte Form der „Assimilation of problematic experience scale“ (APES von Stiles et al. 1992) dar. Sie entwirft in einer siebenstufigen Skala das psychoanalytische Modell der therapeutischen Veränderung (Anhang 5; S. 114). Dazu werden aus einer vorgegebenen Liste bis zu 4 Problemfoki mit der entsprechenden Ausprägung auf der Skala ausgewählt, an denen dann der Umstrukturierungsprozess beobachtet wird. Die der Auswahl zu Grunde liegende Fokusliste (Anhang 6, 7, 8; S. 115-117) knüpft an die Achsen II bis IV der Ope-

rationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 1998) an. Die Umstrukturierung wird als Veränderung auf der siebenstufigen Skala definiert.

Als **nicht standardisierte Fragebögen** kamen unterschiedliche Fragebögen für die Patienten und Therapeuten zum Einsatz (Anhang 9-18; S. 118-127), welche u.a. die persönlichen Daten der Patienten und die Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten erfasseten.

#### **4.1.4 Beurteilung des BSS, GAF und HUS (Fremdrating)**

Die verschiedenen Fragebögen wurden vom Behandlungsteam bei t1 und t2 im Konsensverfahren beantwortet. Hierzu machten der behandelnde Arzt und der Einzeltherapeut zunächst die entsprechenden Vorschläge, die sie detailliert begründeten. Nach einer Diskussion im Gesamtteam wurde dann der entsprechende Wert oder Fokus festgelegt. Auch bei anfangs abweichenden Meinungen kam es bei fast allen Patienten zu einer einheitlichen Meinung.

#### **4.1.5 Statistik**

Die statistische Auswertung wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) durchgeführt. Zur Datenanalyse kam SPSS für Windows in der Version 12.0 und 13.0 zur Anwendung. Für die Ermittlung der deskriptiven Ergebnisse wurden u.a. folgende statistische Verfahren verwendet: absolute Häufigkeit sowie Mittelwert, Median, Standardabweichung und bei bestimmten Fragestellungen Spannweite, Minimum- und Maximumwerte, sowie Kreuztabellen. Beim Vergleich hinsichtlich bestimmter Variablen und bei Gruppenvergleichen fand je nach Skalenniveau der Chi<sup>2</sup>-Test, der T-Test für unabhängige Stichproben oder der U-Test Verwendung. Der Chi<sup>2</sup>-Test wurde angewandt bei nominal skalierten Merkmalen, der T-Test für unabhängige Stichproben bei Variablen, die mindestens ordinal skaliert waren. Bei Untersuchungen über mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis wurden

Messwiederholungen, Partialkorrelationen, Tests der Innersubjektkontraste und Tests der Zwischensubjekteffekte angewendet. Es werden bei der Überprüfung von Signifikanten nur Befunde dargestellt, die mindestens auf dem 5 %-Niveau signifikant sind.

Um die Anschaulichkeit der Arbeit zu erhöhen, wurden einige Abbildungen und eine Anzahl an Tabellen zur Darstellung der Ergebnisse eingefügt. Die Erstellung der Grafiken und die tabellarische Darstellung erfolgten mit dem Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word 2002.

## 4.2 Stichprobe

### 4.2.1 Gesamtstichprobe

Die Gesamtstichprobe besteht aus Patienten der Station B1-b, die in der Zeitspanne vom 15.4.2003 bis zum 20.2.2005 behandelt worden sind. In die Studie nicht einbezogen wurden 19 Patienten entweder wegen frühzeitigem Abbruch der Behandlung nach weniger als 6 Tagen, Verlegung auf eine andere Station (11 Patienten) oder wegen Nicht-einwilligung in die Studie (5 Patienten). Bei 3 Patienten, die aber weiterhin auf der Station behandelt wurden, bestanden eine Psychose oder erhebliche cerebrale Defekte. Von der so gebildeten Gesamtstichprobe von 76 Patienten hatten allerdings 13 bei Aufnahme und 24 Patienten vor Entlassung „versäumt“ die Fragebögen auszufüllen und auch auf postalische Nachfrage nicht geantwortet. Dadurch entstanden unterschiedlich große Teilstichproben, die nun im Einzelnen charakterisiert werden sollen. Den meisten und wesentlichen Untersuchungen liegt aber die Gesamtstichprobe von 76 Patienten zugrunde. Über diese Patienten sind vom therapeutischen Team im Sinne der Fremdbeurteilung alle entsprechenden Fragebögen ausgefüllt worden.

### 4.2.2 Teilstichproben

Die *Aufnahmefragebögen* sind von insgesamt 63 Patienten ausgefüllt worden, so dass wir nur von diesen die Aussagen zu Krankenhaus-, Kur- und Rehabilitationsaufenthal-

ten, Krankschreibungen, Arbeitsunfähigkeit, psychosomatischen/ psychotherapeutischen/ psychiatrischen Vorbehandlungen und zur Beeinträchtigung (BSS) vorliegen haben. Die *SCL-90-R bei Aufnahme* liegt von 62 Patienten vor. Die *Entlassungsbögen* wurden von 52 Patienten ausgefüllt, so dass Aussagen zur Bewertung der Therapieverfahren, zur Weiterempfehlung der Klinik und zur Beeinträchtigung (BSS) nur von ihnen bekannt sind. Die *SCL-90-R bei Entlassung* liegt nur von 51 Patienten vor.

Insgesamt ergibt sich eine Teilstichprobe von 44 Patienten, die sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung die Fragebögen beantwortet haben, so dass eine Erfolgsmessung der Therapie durch Selbstbeurteilung nur bei dieser Gruppe möglich ist. Das gleiche gilt für den Vergleich der Erfolgsmessung in einem Verfahren der Selbst- und der Fremdbeurteilung (BSS). Auf die unterschiedlichen Stichproben wird im fortlaufenden Text nochmals gesondert hingewiesen.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Beschreibung der Patienten

#### 5.1.1 Soziodemographische Daten

Im Rahmen der Studie wurden die Daten von 76 Patienten erfasst. Es waren 44 Männer und 32 Frauen. Der Altersdurchschnitt der Gesamtstichprobe lag bei 36,9 Jahren, wobei das Altersminimum 18 Jahre und das Maximum 77 Jahre betrug. Es bestand eine Spannweite von 59 Jahren zwischen dem jüngsten und dem ältesten Patienten. Der Median lag bei 35 Jahren.

Zwischen dem Durchschnittsalter der Männer mit 36,3 Jahren und dem der Frauen mit 37,9 Jahren bestand kein signifikanter Unterschied (Tab. 3). Abb. 1 zeigt eine Linksverschiebung der Kurve, entsprechend einer eher jüngeren Patientenstichprobe.

**Tab. 3: Durchschnittsalter von Männern und Frauen**

	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>s</b>	<b>F</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>männlich</b>	44	36,3	12,9	0,046	0,831
<b>weiblich</b>	32	37,9	12,2		



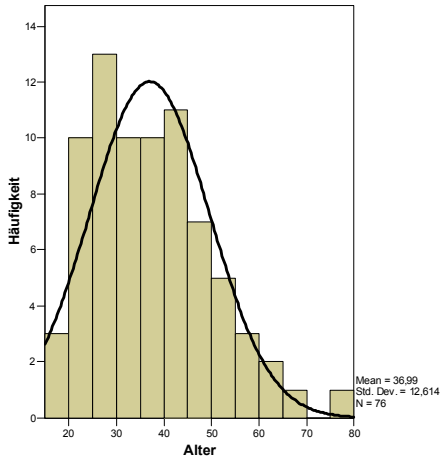


Abb. 1: Alter der Patienten

Mit 53,9% (n = 41) war der größte Anteil der Patienten ledig, 19,7% (n = 15) waren verheiratet bzw. geschieden (Tab. 4).

Tab. 4: Familienstand

	n	%
<b>ledig</b>	41	53,9
<b>verheiratet</b>	15	19,7
<b>geschieden/getrennt</b>	15	19,7
<b>feste Partnerschaft</b>	4	5,3
<b>verwitwet</b>	1	1,3
<b>gesamt</b>	76	100

Der Ausländeranteil (Tab. 5) betrug 13,1% (n = 10), darunter waren 7 Türken und je ein Perser, Slowene und Österreicher.

**Tab. 5: Nationalität**

	n	%
<b>Deutsche</b>	66	86,8
<b>Ausländer</b>	10	13,1
<b>gesamt</b>	76	100

Aus Tab. 6 ist ersichtlich, dass der größte Anteil der Patienten mit 39,5% (n = 30) Haupt- bzw. Volksschulabschluss hatte, 35,5% (n = 27) hatten Fachabitur oder Abitur. 18,4% (n = 14) hatten einen Abschluss in einer Real- oder Oberschule und 2,6% (n = 2) keinen Schulabschluss.

**Tab. 6: Schulabschluss**

	n	%
<b>Haupt-/Volksschule</b>	30	39,5
<b>Fachabitur/Abitur</b>	27	35,5
<b>Realschule/Oberschule</b>	14	18,4
<b>kein Schulabschluss</b>	2	2,6
<b>Sonderschule</b>	1	1,3
<b>sonstiger Abschluss</b>	2	2,6
<b>gesamt</b>	76	100

Die meisten Patienten, nämlich 39,5% (n = 30) waren Vollzeitbeschäftigte, es gab aber auch einen relativ hohen Anteil von Arbeitslosen mit 18,4% (n = 14). 11,8% (n = 9) waren nicht berufstätig, 7,9% (n = 6) Teilzeitbeschäftigte, 10,5% (n = 8) in Rente und 6,6% (n = 5) noch in Ausbildung (Tab. 7).

**Tab. 7: Berufliche Situation**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>berufstätig, Vollzeit</b>	30	39,5
<b>arbeitslos</b>	14	18,4
<b>nicht berufstätig</b>	9	11,8
<b>berufstätig, Teilzeit</b>	6	7,9
<b>in Ausbildung</b>	5	6,6
<b>in Zeitrente</b>	4	5,3
<b>in Früh-/Altersrente/Pension</b>	4	5,2
<b>Hausfrau/-mann</b>	2	2,6
<b>sonstiges</b>	2	2,6
<b>gesamt</b>	76	100

Die Tabelle 8 zeigt, dass die Hälfte alleine lebte. 15,8% (n = 12) lebten mit Partner, 13,2% (n = 10) bei den Eltern, 13,2% (n = 10) mit eigener Familie und 7,9% (n = 6) in einer Wohngemeinschaft.

**Tab. 8: Wohnsituation**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>allein</b>	38	50
<b>mit Partner</b>	12	15,8
<b>bei den Eltern</b>	10	13,2
<b>mit eigener Familie</b>	10	13,2
<b>in Wohngemeinschaft</b>	6	7,9
<b>gesamt</b>	76	100

### 5.1.2 Zugangsmodus

Es ließen sich verschiedene Zugangswege (Tab. 9) unterscheiden. Am häufigsten wurden mit 30,2% (n = 23) Patienten aus der psychiatrischen Ambulanz oder mit 26,3% (n = 20) von anderen Stationen des Hauses übernommen. In 27,6% der Fälle (n = 21) kamen die Patienten aus anderen psychiatrischen oder hausärztlichen und psychotherapeutischen Praxen.

**Tab. 9: Zugangsmodus**

	<b>n</b>	<b>%</b>
psychiatrische Ambulanz	23	30,2
Übernahme im Hause	20	26,3
Zuverlegung	9	11,8
hausärztliche Praxis	8	10,5
psychiatrische Praxis	7	9,2
psychotherapeutische Praxis	6	7,9
sonstiger Modus	3	3,9
gesamt	76	100

### 5.1.3 Krankheitsdauer und Vorbehandlungen

Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei 2,5 Jahren (1 Monat bis 25 Jahre). Unabhängig davon bestanden die psychogenen Beschwerden durchschnittlich seit 9 Jahren (1 Monat bis 60 Jahren).

Eine Vorbehandlung (Tab. 10) mit Psychopharmaka erfolgte bei 60,5% (n = 46) der Patienten. Eine psychiatrische Behandlung vor der Aufnahme erhielten 34,2% (n = 26), eine Behandlung mit Somatika 25% (n = 19), eine Verhaltenstherapie 15,8% (n = 12) und eine tiefenpsychologische Therapie 13,2% (n = 10).

**Tab. 10: Vorbehandlungen (Mehrfachnennungen möglich)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Psychopharmaka	46	60,5
Psychiatrische Behandlung	26	34,2
Behandlung mit Somatika	19	25
Verhaltenstherapie	12	15,8
Tiefenpsychologische Therapie	10	13,2

Von den 46 Patienten mit psychopharmakologischer Vorbehandlung hatten 55,2% (n = 42) Antidepressiva, 17% (n = 13) Tranquillizer und 15,7% (n = 12) Neuroleptika erhalten (Tab. 11).

**Tab. 11: Vorbehandlungen mit Psychopharmaka**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Antidepressiva</b>	42	55,2
<b>Tranquillizer</b>	13	17
<b>Neuroleptika</b>	12	15,7
<b>Sonstige</b>	2	2,6

Aussagen zur Vorgeschichte (Krankenhausbehandlung, Kuren und Krankschreibungen) liegen nur von 63 Patienten (gleich 100%) vor, welche die Aufnahmefragebögen vollständig ausgefüllt hatten. Vor Aufnahme war der größte Anteil der Patienten 49,1% (n = 31) noch nie im Krankenhaus gewesen, gefolgt von einem Anteil von 25,4% (n = 16), die zwischen 15 bis 60 Tage im Krankenhaus verbracht hatten. Nur wenige hatten einen längeren Krankenhausaufenthalt schon hinter sich (Tab. 12).

**Tab. 12: Krankenhausaufenthalte vor Aufnahme**

<b>Tage</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	31	49,1
<b>1-14</b>	11	17,5
<b>15-60</b>	16	25,4
<b>61-120</b>	5	8
<b>gesamt</b>	63	100

95,2% (n = 60) der Patienten waren im letzten halben Jahr noch nie in Kur oder Rehabilitation gewesen, 4,8% (n = 3) 6 bis 8 Wochen. 38% (n = 24) sind im letzten Jahr nicht krankgeschrieben gewesen, 25,5% (n = 16) 1-4 Wochen, 15,8% (n = 10) 6-12 Wochen und 19% (n = 12) 13-52 Wochen. Ein Patient war seit 9 Jahren arbeitsunfähig. 30,2% (n = 19) der Patienten waren schon einmal stationär in psychotherapeutischer und 31,7% (n = 20) in psychiatrischer Behandlung gewesen.

### 5.1.4 Diagnosen

Bei den psychotherapeutisch-psychosomatischen Diagnosen wurden Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden. Bei den Hauptdiagnosen wurden neben klinischen Diagnosen nach ICD-10 auch ätiologische Diagnosen nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten gestellt (Ermann 2004a, 2004b). Somatische Erkrankungen wurden gesondert erfasst. Der größte Anteil der Patienten mit 52,5% (n = 40) hatte eine depressive Störung. Daneben überwogen die Persönlichkeitsstörungen mit 18,4% (n = 14). Die Verhaltensstörungen bestanden aus Alkoholabusus und Essstörung (Tab. 13).

**Tab. 13: Hauptdiagnose (nach ICD-10)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>depressive Störung</b>	40	52,5
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	14	18,4
<b>Belastungs-/Anpassungsstörung</b>	5	6,5
<b>dissoziative Störung</b>	5	6,5
<b>Angststörung</b>	4	5,2
<b>somatoforme Störung</b>	3	3,9
<b>Verhaltensstörung</b>	2	2,6
<b>Schizophrenie/ schizoaffective Störung</b>	2	2,6
<b>Zwangsstörung</b>	1	1,3
<b>gesamt</b>	76	100

Bei 60,5% (n = 46) der Patienten wurde eine Zweitdiagnose gestellt (Tab. 14). Auch davon hatte der größte Teil mit 39,2% (n = 18) eine depressive Störung, gefolgt von 24,2% (n = 11) mit einer Persönlichkeitsstörung.

Tab. 14: Zweite Diagnose

	n	%
depressive Störung	18	39,2
Persönlichkeitsstörung	11	24,2
Verhaltensstörung	9	19,6
Angststörung	3	6,6
Organische Störung	1	2,2
Schizophrenie/ schizoaffective Störung	1	2,2
Zwangsstörung	1	2,2
Belastungs-/Anpassungsstörung	1	2,2
dissoziative Störung	1	2,2
gesamt	46	100

Bei 10,5% (n = 8) der Patienten wurde eine Drittdiagnose gestellt (Tab. 15).

Tab. 15: Dritte Diagnose

	n	%
Verhaltensstörung	3	37,5
depressive Störung	2	25
Persönlichkeitsstörung	2	25
Belastungs-/Anpassungsstörung	1	12,5
gesamt	8	100

Unabhängig von der Rangordnung der Diagnosen ergibt sich zusammenfassend folgende Verteilung der Diagnosen (Tab. 16). Am häufigsten vergebene Diagnose war demnach die depressive Störung, bei 60 Patienten wurde sie angegeben. In 27 Fällen wurde die Persönlichkeitsstörung und in 14 Fällen die Verhaltensstörung angegeben. Von den Diagnosestellungen waren 46,2% depressive Störung, 20,8% Persönlichkeitsstörung, 10,8% Verhaltensstörung und jeweils 5,4% Belastungs-/ Anpassungsstörung und Angststörung. Unabhängig von der Rangordnung der Diagnosen hatten 78,9% der Patienten eine depressive Störung, 35,5% eine Persönlichkeitsstörung, 18,4% eine Verhaltensstörung und jeweils 9,2% eine Belastungs-/ Anpassungsstörung und Angststörung.

**Tab. 16: Verteilung der Diagnosen**

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% der Patienten (76=100%)</b>
<b>depressive Störung</b>	60	46,2	78,9
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	27	20,8	35,5
<b>Verhaltensstörung</b>	14	10,8	18,4
<b>Belastungs-/ Anpassungsstörung</b>	7	5,4	9,2
<b>Angststörung</b>	7	5,4	9,2
<b>dissoziative Störung</b>	6	4,6	7,9
<b>somatoforme Störung</b>	3	2,3	3,9
<b>Schizophrenie/ schizoaffektive Störung</b>	3	2,3	3,9
<b>Zwangsstörung</b>	2	1,5	2,6
<b>organische Störung</b>	1	0,8	1,3
<b>Gesamtzahl der Diagnosen</b>	130	100	

Bei 18,4% (n = 14) der Patienten wurden somatische Diagnosen gestellt (Tab. 17).

**Tab. 17: Somatische Diagnose**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tinnitus aurium</b>	2	14,3
<b>essentielle Hypertonie</b>	2	14,3
<b>HIV-Infektion</b>	1	7,1
<b>Hyperthyreose</b>	1	7,1
<b>Hyperphenylalaninämie</b>	1	7,1
<b>cystische Fibrose</b>	1	7,1
<b>chronisch-ischämische Herzerkrankung</b>	1	7,1
<b>Pemphigus</b>	1	7,1
<b>atopisches Ekzem</b>	1	7,1
<b>Diabetes mellitus</b>	1	7,1
<b>kardiale Erregungsleitungsstörung</b>	1	7,1
<b>Gicht</b>	1	7,1
<b>gesamt</b>	14	100

Nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten hatten über 90% der Patienten eine neurotische Störung. Eine reaktive oder posttraumatische Störung, eine Psychose oder Psychosomatose hatten nur wenige (Tab. 18). Die neurotischen Störungen wurden noch weiter unterteilt, wonach die meisten (59,2%, n = 45) eine Psychoneurose hatten, ge-



folgt von Persönlichkeitsstörungen (32,9%, n = 25), Somatisierungsstörungen (15,8%, n = 12) und Verhaltensstörungen (7,9%, n = 6).

**Tab. 18: Diagnosen nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten (Mehrfachnennungen möglich)**

	n	%
<b>Neurotische Störung</b>	70	92
<b>Reaktive Störung</b>	7	9,2
<b>Posttraumatische Störung</b>	4	5,3
<b>Psychose</b>	3	3,9
<b>Psychosomatose</b>	2	2,6

### 5.1.5 Strukturniveau

Die meisten Patienten hatten mit 59,2% (n = 45) ein mittleres Strukturniveau. Bei 23,7% (n = 18) fand sich ein höheres und bei 15,8% (n = 12) ein niederes Niveau (Tab. 19). Bei einem Patienten war das Niveau nicht ausreichend gut beurteilbar wegen einer psychischen Dekompensation mit Regression.

**Tab. 19: Strukturniveau bei Aufnahme**

	n	%
<b>mittleres Strukturniveau</b>	45	59,2
<b>höheres Strukturniveau</b>	18	23,7
<b>niederes Strukturniveau</b>	12	15,8
<b>nicht beurteilbar</b>	1	1,3
<b>gesamt</b>	76	100

### 5.1.6 Beeinträchtigung und Störungsintensität bei Aufnahme

Im Folgenden wird die Intensität der Störung der Patienten bei Aufnahme durch verschiedene Messinstrumente angegeben: durch den Beeinträchtigungs-Schwere-Score

(BSS), durch den Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und durch die Symptomcheckliste (SCL-90-R) bzw. den Gesamtwert der SCL-90-R (GSI). Einige dieser Parameter dienen auch der Erfolgsbeurteilung, wonach Aufnahme- und Entlassungswerte miteinander verglichen werden. Das gleiche gilt für Effektivitätsuntersuchungen bezüglich struktureller Veränderungen mittels der HUS. Diese Untersuchungen werden weiter unten gesondert aufgeführt. Hier geht nur um den Aufnahmebefund des Befindens und der Symptomatik. Es wird modellhaft untersucht, wie stark sich die Befunde des BSS in der Selbst- und Fremdeinschätzung unterscheiden.

#### **5.1.6.1 BSS in der Selbsteinschätzung**

Verwertbare Selbsteinschätzungen des BSS lagen von 63 Patienten vor (Tab. 20). Die Zahlen in den Klammern entsprechen im Folgenden den Scores des BSS. Bei Aufnahme hatten sich im *körperlichen* Bereich die meisten Patienten als geringfügig beeinträchtigt (Score 1) eingeschätzt, gefolgt von Patienten, die sich als deutlich (2) oder als stark (3) beeinträchtigt eingeschätzt hatten. Nur wenige hatten sich entweder als gar nicht (0) oder als extrem (4) beeinträchtigt eingeschätzt. Im Durchschnitt wurde eine deutliche körperliche Beeinträchtigung (2) angegeben. Im *psychischen* Bereich hatten sich die meisten als stark (3) beeinträchtigt eingeschätzt, gefolgt von einem größeren Anteil mit extremer (4) Beeinträchtigung. Gar nicht beeinträchtigt (0) hatte sich keiner eingeschätzt und eine geringfügige (1) Beeinträchtigung hatten auch nur wenige angegeben. Im Durchschnitt wurde eine starke (3) Beeinträchtigung im psychischen Bereich angegeben. Im *sozialen* Bereich waren die meisten ebenfalls stark (3) beeinträchtigt und nur ganz wenige gar nicht (0). Im Durchschnitt wurde eine starke (2,7) Beeinträchtigung angegeben.

Tab. 20: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Aufnahme

Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	6	9,5	0	0	2	3,2
<b>1</b>	19	30,2	5	7,9	7	11,1
<b>2</b>	16	25,4	9	14,3	14	22,2
<b>3</b>	16	25,4	29	46	28	44,4
<b>4</b>	6	9,5	20	31,7	12	19
<b>MW</b>	<b>2</b>		<b>3</b>		<b>2,7</b>	
<b>gesamt</b>	63	100	63	100	63	100

Der Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere bei Aufnahme (Tab. 21) lag durchschnittlich mit einem Score von 7,6 im Bereich entsprechend einer „schweren Erkrankung“ (laut BSS – Testbeschreibung). So haben die meisten Angaben einer außerordentlich schweren Erkrankung (8-9) entsprochen, gefolgt von einem großen Anteil von ausgeprägter, schwer beeinträchtigender Erkrankung (6-7). Laut Selbsteinschätzung hatten nur wenige eine leichte Störung (2-3). Schließlich gab es knapp 16%, die in ihrer Einschätzung im Summenwert aller drei Dimensionen als schwerst gestört (10-12) gelten müssen.

Tab. 21: Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere bei Aufnahme

Gesamtscore	Selbsteinschätzung	
	n	%
<b>2-3</b>	4	6,4
<b>4-5</b>	4	6,4
<b>6-7</b>	22	34,9
<b>8-9</b>	23	36,5
<b>10-12</b>	10	15,9
<b>MW</b>	<b>7,6</b>	
<b>gesamt</b>	63	100

### 5.1.6.2 BSS in der Fremdeinschätzung

In der Fremdeinschätzung wurden bei der Aufnahme (Tab. 22) von den Therapeuten im *körperlichen* Bereich die meisten der Patienten als nicht beeinträchtigt (Score 0) und ein kleinerer Anteil als deutlich (2) bzw. stark (3) beeinträchtigt eingeschätzt. Nur wenige waren extrem (4) beeinträchtigt. Durchschnittlich sind die Patienten geringfügig bis deutlich (1,5) beeinträchtigt eingeschätzt worden. Im *psychischen* Bereich waren die meisten als stark (3) beeinträchtigt eingeschätzt worden, was auch dem Durchschnittswert entsprach. Im *sozialen* Bereich waren die meisten deutlich (2), ganz wenige extrem (4) oder gar nicht (0) beeinträchtigt. Die durchschnittliche Beeinträchtigung im sozialen Bereich lag mit einem Score von 2,1 bei einer deutlichen Beeinträchtigung.

**Tab. 22: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Aufnahme**

Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	25	32,9	0	0	7	9,2
<b>1</b>	15	19,7	0	0	10	13,2
<b>2</b>	16	21,1	14	18,4	35	46,1
<b>3</b>	16	21,1	50	65,8	20	26,3
<b>4</b>	4	5,3	12	15,8	4	5,3
<b>MW</b>	<b>1,5</b>		<b>3</b>		<b>2,1</b>	
<b>gesamt</b>	76	100	76	100	76	100

In der Gesamtbelastung bei der Aufnahme hatten nach Angaben der Therapeuten (Tab. 23) mit einem durchschnittlichen Score von 6,6 die meisten eine ausgeprägte, schwer beeinträchtigende Erkrankung (laut BSS - Testbeschreibung) und nur wenige eine leichte (2-3) oder eine extreme (10-12) Störung.

Tab. 23: Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere bei Aufnahme

Gesamtscore	n	%
0-1	0	0
2-3	5	6,6
4-5	16	21
6-7	33	43,5
8-9	18	23,8
10-12	4	5,2
MW	6,6	
gesamt	76	100

### 5.1.6.3 BSS im Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung bei Aufnahme

Der Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung (Tab. 24) bezieht sich auf eine Teilgruppe von 63 Patienten, von denen die entsprechenden Fragebögen vorlagen. Bei der Aufnahme hatten sich selbst im *körperlichen* Bereich die meisten als geringfügig (Score 1) beeinträchtigt und die meisten Therapeuten als nicht beeinträchtigt (0) eingeschätzt. Mit einem Durchschnittsscore von 2 war damit in der Selbsteinschätzung eine deutliche körperliche Beeinträchtigung festzustellen gewesen, während in der Fremdeinschätzung die Beeinträchtigung zwischen geringfügig und deutlich mit einem Score von 1,6 lag. Im *psychischen* Bereich hatten sich umgekehrt mehr Patienten als geringfügig (1) beeinträchtigt eingeschätzt als es die Therapeuten taten, die keinen als geringfügig (0) beeinträchtigt beurteilten. Im Durchschnitt lag die Beurteilung im psychischen Bereich aber in beiden Gruppen bei 3, entsprechend einer starken Beeinträchtigung. Im *sozialen* Bereich lag durchschnittlich bei den Patienten der Score mit 2,7 höher als bei den Therapeuten mit einem Score von 2. Damit zeigte sich der größte Unterschied zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung im sozialen Bereich. Und insgesamt findet sich in allen Einzel-Dimensionen des BSS eine höhere Beeinträchtigung in der Selbsteinschätzung durch die Patienten als in der Fremdeinschätzung durch das therapeutische Team. Allerdings waren die Unterschiede nicht sehr groß.

**Tab. 24: BSS bei Aufnahme, Vergleich von Selbst- (se) und Fremdeinschätzung (fr)**

	körperlich				psychisch				sozial			
	se		fr		se		fr		se		fr	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	6	9,5	21	33,3	0	0	0	0	2	3,2	7	11,1
1	19	30,2	7	11,1	5	7,9	0	0	7	11,1	7	11,1
2	16	25,4	16	25,4	9	14,3	10	15,9	14	22,2	26	41,3
3	16	25,4	15	23,8	29	46	44	69,8	28	44,4	19	30,1
4	6	9,5	4	6,4	20	31,7	9	14,3	12	19	4	6,4
MW	2		1,6		3		3		2,7		2	
gesamt	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100	63	100

Der Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere bei Aufnahme (Tab. 25) lag in der Selbsteinschätzung durchschnittlich bei 7,6, entsprechend einer außerordentlich schweren Erkrankung (laut BSS - Testbeschreibung), in der Fremdeinschätzung bei 6,7, entsprechend einer ausgeprägten, schwerbeeinträchtigenden Erkrankung. Die meisten Scores lagen sowohl in der Selbsteinschätzung als auch in der Fremdeinschätzung zwischen 6 und 7, entsprechend einer ausgeprägten, schwer beeinträchtigenden Erkrankung. Es haben sich damit im Durchschnitt die Patienten selber schlechter eingeschätzt als es die Therapeuten taten.

**Tab. 25: Gesamtscore des BSS bei Aufnahme**

Gesamtscore	Selbsteinschätzung		Fremdeinschätzung	
	n	%	n	%
2-3	4	6,4	4	6,4
4-5	4	6,4	13	20,6
6-7	22	34,9	24	38,1
8-9	23	36,5	18	28,5
10-12	10	15,9	4	6,4
MW	7,6		6,7	
gesamt	63	100	63	100

Mit Hilfe von statistischen Tests wurden die Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung untersucht und dabei festgestellt, dass sich die Patienten in allen drei Bereichen der Beeinträchtigung kränker eingeschätzt haben, als es die Therapeuten

taten. Die höchste Übereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten war in der psychischen Beeinträchtigung des BSS zu beobachten. (Die Tabellen 26 und 27 der statistischen Berechnungen sind im Anhang auf Seite 128 zu finden).

#### 5.1.6.4 GAF

Der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ist ausschließlich ein Fremdbeurteilungsverfahren. Die Zahlen in Klammern entsprechen den Werten des GAF. Bei der Aufnahme lag der GAF - Wert (Tab. 28) bei den meisten Patienten im Bereich einer ernsthaften (50) bzw. einer starken (40) Beeinträchtigung. Wenige hatten nur eine ständige Gefahr/ anhaltende Unfähigkeit (10) oder eine leichte Beeinträchtigung (70). Im Durchschnitt lagen die Patienten im Bereich einer starken Beeinträchtigung (43).

**Tab. 28: GAF bei Aufnahme\***

<b>GAF</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>0-10</b>	1	1,3
<b>11-20</b>	5	6,6
<b>21-30</b>	14	18,4
<b>31-40</b>	21	27,6
<b>41-50</b>	22	28,9
<b>51-60</b>	11	14,5
<b>61-70</b>	1	1,3
<b>71-80</b>	1	1,3
<b>MW</b>	<b>43</b>	
<b>gesamt</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

\*Erklärungen zu den Punktwerten siehe Anhang 13 (S. 122).

### 5.1.6.5 SCL-90-R bei Aufnahme

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) ist eine ausschließlich Selbsteinschätzungsskala, zu der von 62 Patienten Angaben vorlagen. Die Abb. 2 gibt eine graphische Darstellung der Verteilung von den SCL- GSI- Werten. Der Mittelwert von 1.27 in der GSI - Skala entspricht einem T-Wert von 67 (Alters- und Geschlechtsunabhängige T-Normen, S. 321 im Handbuch zur SCL-90-R). Somit erwiesen sich die Patienten in der Selbsteinschätzung als deutlich belastet durch psychische Symptome. Die Werte waren fast normalverteilt.

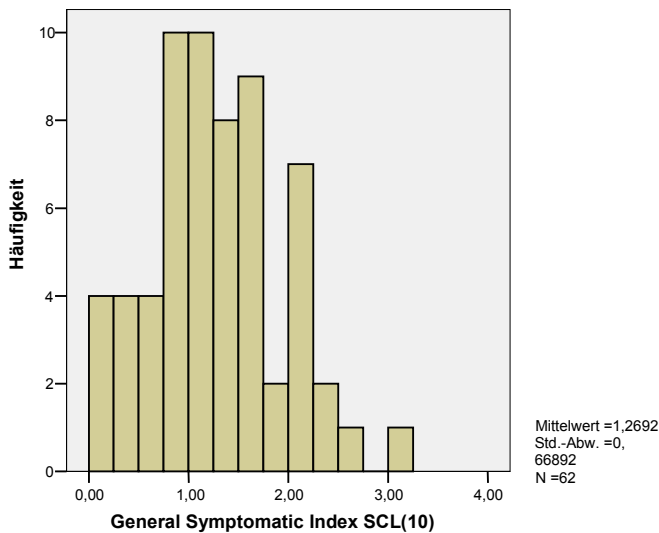


Abb. 2: Verteilung der SCL-GSI-Werte



## 5.2 Behandlungen

### 5.2.1 Medikamentöse Therapie und Therapieempfehlungen bei Entlassung

Von den  $n = 76$  Patienten hatten 80,3% ( $n = 61$ ) während des stationären Aufenthaltes bis zur Entlassung Psychopharmaka verordnet bekommen, davon 67,1% ( $n = 51$ ) Antidepressiva, 6,6% ( $n = 5$ ) Tranquillizer und 6,6% ( $n = 5$ ) Neuroleptika. 17,1% ( $n = 13$ ) hatten zwei, 2,6% ( $n = 2$ ) drei und 1,3% ( $n = 1$ ) vier verschiedene Medikamente eingenommen.

Die meisten Therapieempfehlungen bei der Entlassung (Tab. 29) waren eine tiefenpsychologische Psychotherapie. Nur wenigen wurde eine Verhaltenstherapie empfohlen.

Tab. 29: Therapieempfehlungen bei Entlassung (Mehrfachnennungen möglich)

	n	%
tiefenpsychologische Psychotherapie	56	73,7
psychiatrische Behandlung	35	46,1
Verhaltenstherapie	6	7,9
Entspannungstherapie	1	1,3
gesamt	76	100

### 5.2.2 Entlassungsmodus

Die Art der Entlassung (Tab. 30) war bei den meisten Patienten regulär, nur bei wenigen irregulär. Eine Patientin hat sich während des Aufenthalts suizidiert.

Tab. 30: Entlassungsmodus

	n	%
regulär	62	81,6
vorzeitig auf eigene Verantwortung	5	6,6
Verlegung	3	3,9
vorzeitig durch Therapeuten	2	2,6
vorzeitig im Einverständnis	2	2,6
Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme	1	1,3
sonstiger Modus	1	1,3
gesamt	76	100

### 5.2.3 Bewertung der verschiedenen Therapieverfahren durch die Patienten

Über den Nutzen der verschiedenen Therapieangebote und darüber, ob die Patienten die Klinik weiterempfehlen würden, lagen Angaben von 52 Patienten vor. 81% (n = 42) würden die Klinik empfehlen, 15,4% (n = 8) nicht und 3,8% (n = 2) haben die Frage nicht beantwortet. Für 88,5% (n = 46) hatte sich der stationäre Aufenthalt gelohnt, für 5,8% (n = 3) nicht gelohnt und 5,8% (n = 3) haben die Frage nicht beantwortet.

Für die Patienten war die Einzeltherapie von allen Therapieformen die bei weitem nützlichste gewesen, gefolgt von den Gesprächen mit Mitpatienten (Tab. 31). Die Gruppentherapie wurde nur von einem Viertel favorisiert und nur wenige hatten die Entspannungsverfahren als besonders nützlich empfunden.

Tab. 31: Therapieangebote, die aus der Sicht der Patienten ihnen besonders genützt haben (Mehrfachnennungen möglich)

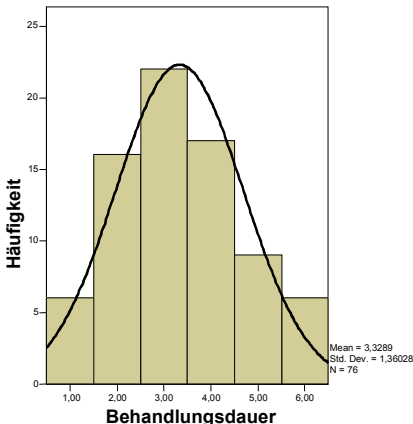
	n	%
Einzeltherapie	44	84,6
Gespräche mit Mitpatienten	22	42,3
Gestaltungs-/ Musiktherapie	17	32,7
Gruppentherapie	13	25
Kontaktgespräche mit Schwestern	11	21,2
Entspannungsverfahren	9	17,3

### 5.2.4 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer, die im Folgenden tabellarisch (Tab. 32) und graphisch (Abb. 3) dargestellt wird, betrug durchschnittlich 84,5 Tage, der Median 73 Tage (6-395 Tage). 29% (n = 22) waren 59-83 Tage, 22,5% (n = 17) 85-112 Tage, 20,9% (n = 16) 30-57 Tage und 11,8% (n = 9) 112-168 Tage in stationärer Behandlung gewesen, davon 15,7% (n = 12) entweder unter 30 Tage oder über 168 Tage. Die graphische Darstellung zeigt eine Normalverteilung.

**Tab. 32: Behandlungsdauer in Tagen**

Tag	n	%
6-28	6	7,8
30-57	16	20,9
59-83	22	29
85-112	17	22,5
112-168	9	11,8
über 168	6	7,9
gesamt	76	100



**Abb. 3: Behandlungsdauer in Tagen**

#### 5.2.4.1 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Alter

Im Folgenden wird der Einfluss von Alter, Geschlecht, Strukturniveau und Krankheitsdauer auf die Behandlungsdauer untersucht. Hinsichtlich des *Alters* (Tab. 33) zeigt sich bei den Jüngeren eine Polarisierung, wonach sie entweder nur kurz oder sehr lang auf der Station geblieben sind. Patienten mittleren Alters sind überwiegend mittellang zwischen 59-112 Tagen, entsprechend 9 bis 16 Wochen geblieben.

**Tab. 33: Alter und Behandlungsdauer**

Behandlungsdauer (Tage)	n	Durchschnittsalter
6-28	6	31,7
30-57	16	37,4
59-83	22	37,8
85-112	17	42
112-168	9	32,1
über 168	6	31,2
gesamt	76	37

#### 5.2.4.2 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Geschlecht

Es bestand (Tab. 34) kein nennenswerter Unterschied zwischen *Frauen und Männern* bei einer Behandlungsdauer von 6 bis 57 Tagen. Es sind hingegen 54,5% (n = 24) der Männer und 62,5% (n = 20) der Frauen, die bis zu 83 Tagen und 45,4% (n = 20) der Männer und 37,6% (n = 12) der Frauen, die über 85 Tage geblieben sind. Frauen hatten durchschnittlich eine kürzere Behandlungsdauer als Männer. Sie betrug 78,7 Tage bei den Männern im Vergleich zu 86,1 Tagen bei den Frauen.

Tab. 34: Geschlecht und Behandlungsdauer

	Tage	6-28	30-57	59-83	85-112	112-168	>168	gesamt
männlich	n	3	8	13	10	7	3	44
	%	6,8	18,2	29,5	22,7	15,9	6,8	100
weiblich	n	3	8	9	7	2	3	32
	%	9,4	25	28,1	21,9	6,3	9,4	100
gesamt	n	6	16	22	17	9	6	76
	%	7,9	21,1	28,9	22,4	11,8	7,9	100

#### 5.2.4.3 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Strukturniveau

Patienten mit niedrigerem *Strukturniveau* (Tab. 35) hatten durchschnittlich eine kürzere Behandlungsdauer als Patienten mit höherem Strukturniveau. Die Signifikanzberechnungen sind hier allerdings unergiebig wegen der kleinen Gruppengröße. Bis zu 57 Tage blieben 50% (n = 6). Über der Hälfte der Patienten mit mittlerem Strukturniveau blieben zwischen 59 und 112 Tage. Die meisten Patienten mit höherem Strukturniveau blieben zwischen 59 und 83 Tage.

Tab. 35: Strukturniveau und Behandlungsdauer

Strukturniveau	Tage	6-28	30-57	59-83	85-112	112-168	>168	gesamt
niederes	n	3	3	1	2	2	1	12
	%	25	25	8,3	16,7	16,7	8,3	100
mittleres	n	2	10	11	12	6	4	45
	%	4,4	22,2	24,4	26,7	13,3	8,9	100
höheres	n	0	3	10	3	1	1	18
	%	0	16,7	55,6	16,7	5,6	5,6	100
nicht beurteilbar	n	1	0	0	0	0	0	1
	%	100	0	0	0	0	0	100
gesamt	n	6	16	22	17	9	6	76
	%	7,9	21,1	28,9	22,4	11,8	7,9	100

#### 5.2.4.4 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, Krankheitsdauer

Zwischen *Krankheitsdauer* und Behandlungsdauer ergaben sich keine auffällenden Zusammenhänge. Die Tabelle 36 der statistischen Zusammenhänge findet sich im Anhang, auf Seite 128.

#### 5.2.4.5 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, GAF

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und *Befindlichkeit* wird im Folgenden für den *GAF* und *BSS* untersucht. Hinsichtlich der *GAF* - Werte (Tab. 37) zeigt sich kein Zusammenhang, wobei bei der Entlassung eine annähernde Normalverteilung deutlich wird. Demnach blieben Patienten mit niedrigeren Werten teils nur kurz und teils sehr lang. Patienten mit den höheren Werten blieben zwischen 59 und 112 Tagen.

Tab. 37: GAF bei Aufnahme und Entlassung und Behandlungsdauer

Tag	n	GAF (MW) bei Aufnahme	GAF (MW) bei Entlassung
6-28	6	35	41,7
30-57	16	46,1	61,9
59-83	22	40,5	63,6
85-112	17	42,1	68,4
112-168	9	46,1	62,2
>168	6	46,7	59,2
gesamt	76	42,7	62,1

#### 5.2.4.6 Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer, BSS

Der statistische Vergleich des *BSS* (Fremdbeurteilung) bei der Aufnahme mit der Behandlungsdauer (Tab. 38) zeigt, dass es kein Zusammenhang zwischen der anfänglichen Höhe der Beeinträchtigung und der Behandlungsdauer der Patienten besteht, also hinsichtlich der Behandlungsdauer spielt die Schwere der Beeinträchtigung bei Aufnahme keine nennenswerte Rolle.

**Tab. 38: BSS (Fremdbeurteilung) bei Aufnahme und Behandlungsdauer**

Tage	n	körperlich	BSS (MW)		Gesamtscore
			psychisch	sozial	
<b>6-28</b>	6	1,5	3,5	3	8
<b>30-57</b>	16	1,8	3	2	6,8
<b>59-83</b>	22	1,3	3	2	6,3
<b>85-112</b>	17	1,4	2,8	1,9	6,2
<b>112-168</b>	9	1,2	2,8	1,9	5,9
<b>&gt;168</b>	6	1,8	3	2	6,8
<b>gesamt</b>	76	1,5	3	2,1	6,5

Setzt man die Werte des BSS bei Entlassung mit der Behandlungsdauer in Beziehung (Tab. 39), so zeigt sich, dass Patienten mit den niedrigsten Werten (geringste Beeinträchtigung) im Durchschnitt zwischen 59 und 112 Tagen und Patienten mit höheren Werten (stärkere Beeinträchtigung) entweder viel kürzer oder deutlich länger geblieben sind.

**Tab. 39: BSS (Fremdbeurteilung) bei Entlassung und Behandlungsdauer**

Tage	n	körperlich	BSS (MW)		Gesamtscore
			psychisch	sozial	
<b>6-28</b>	6	1,2	2,3	2	5,5
<b>30-57</b>	16	0,8	1,6	1,2	3,6
<b>59-83</b>	22	0,6	1,6	0,8	3
<b>85-112</b>	17	0,6	1,3	0,7	2,8
<b>112-168</b>	9	0,8	1,6	0,9	3,2
<b>&gt;168</b>	6	1,2	1,8	1,7	4,7
<b>gesamt</b>	76	0,8	1,6	1	3,4

### 5.2.5 SCL-90-R bei Entlassung und Aufnahme, im Vergleich

Im Folgenden wird der Gesamtwert (GSI) des SCL-90-R Fragebogens, den es nur in der Selbsteinschätzung gibt, graphisch (Abb. 4) dargestellt. Der Fragebogen wurde bei Entlassung von 51 Patienten ausgefüllt. Dabei ergab sich ein GSI - Mittelwert von ,85. Dies entspricht einem T-Wert von 62. Die Patienten zeigten, verglichen mit der Normpopulation, noch eine erhöhte Anzahl psychischer Symptome, wobei die Verteilung etwas linksschief ist. Relativ viele Patienten hatten eine niedrigere Symptombelastung bei Entlassung als bei Aufnahme.

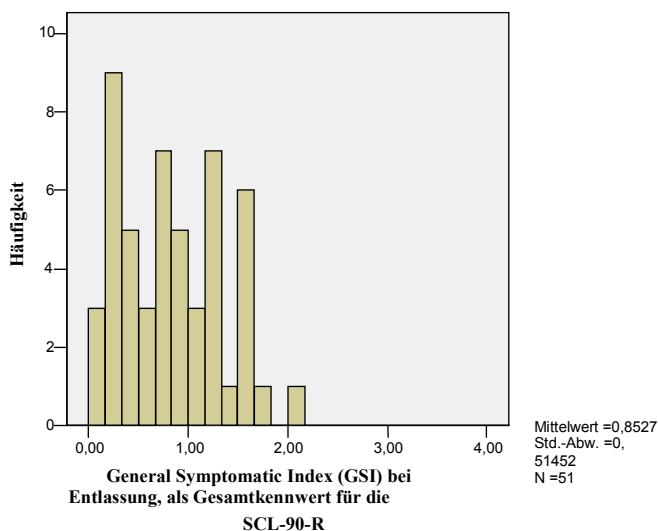


Abb. 4: GSI - Werte bei Entlassung



Die Differenzwerte des GSI zwischen Aufnahme und Entlassung, die ebenfalls als ein Maßstab des Therapieerfolges gelten können, konnten nur bei einer Stichprobengröße von 44 Patienten bestimmt werden, die den SCL-90-R Fragebogen sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung ausgefüllt hatten. Danach hatten 12 Patienten bei Entlassung einen höheren GSI - Wert als bei Aufnahme. Sie schilderten also mehr psychische Symptomatik. Die Abnahme der mittleren GSI - Werte von  $1.25 \pm 0.66$  auf  $.84 \pm 0.51$  ( $n = 44$ ) wird im T-Test für gepaarte Stichproben als hoch signifikant ( $T = 3.98$ ;  $df 43$ ;  $p < .001$ ) gerechnet. Dabei zeigte sich mit einer Korrelation von  $r = .36$  ein schwacher Zusammenhang zwischen der Höhe des Ausgangswertes und der Höhe des Endwertes. Das heißt, dass Patienten mit hohen Ausgangswerten eine weniger deutliche Symptomverbesserung hatten als solche mit mittleren Werten.

(Die Tabellen 40 und 41 mit den statistischen Zusammenhängen sind im Anhang, auf Seite 129 zu finden).

## 5.3 Behandlungsergebnisse I

Die Behandlungsergebnisse wurden durch die Fremdbeurteilungsskalen des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) und Global Assessment of Functioning Scale (GAF) ermittelt um eine einheitliche Datenlage zu erreichen. Die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf den BSS. Es werden im Folgenden auch Vergleiche zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung beim Beeinträchtigungs-Schwere-Score dargestellt.

### 5.3.1 BSS

Der BSS bei Entlassung (Tab. 42) deutete bei den meisten Patienten auf gar keine (0) oder auf nur geringfügige (1) Beeinträchtigung im *körperlichen* Bereich hin. Der Durchschnittsscore betrug hier 0,76, entsprechend einer geringfügigen Beeinträchtigung. Im *psychischen* Bereich waren die meisten geringfügig (1) beeinträchtigt. Der Durchschnittsscore lag bei 1,6, entsprechend einer deutlichen Beeinträchtigung. Im *sozialen* Bereich waren die meisten geringfügig (1) und ein großer Anteil gar nicht (0) beeinträchtigt, der Durchschnittsscore lag bei 1, entsprechend einer geringfügigen Beeinträchtigung.

Tab. 42: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Entlassung

Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	35	46,1	0	0	20	26,3
<b>1</b>	28	36,8	40	52,6	41	53,9
<b>2</b>	9	11,8	29	38,2	8	10,5
<b>3</b>	4	5,3	5	6,6	7	9,2
<b>4</b>	0	0	2	2,6	0	0
<b>MW</b>	<b>0,76</b>		<b>1,6</b>		<b>1</b>	
<b>gesamt</b>	76	100	76	100	76	100

Die Gesamtscores bei der Entlassung (Tab. 43) deuteten bei den meisten Patienten auf eine leichte Störung (2-3) hin. Einige waren praktisch gesund (0-1) und zwei hatten noch eine extreme psychogene Erkrankung (10-12). Der Durchschnittswert lag bei 3,5, entsprechend einer deutlichen Störung mit Krankheitswert.

**Tab. 43: BSS Gesamtscore bei Entlassung**

<b>Gesamtscore</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>0-1</b>	7	9,2
<b>2-3</b>	37	48,7
<b>4-5</b>	25	32,9
<b>6-7</b>	2	2,6
<b>8-9</b>	3	3,9
<b>10-12</b>	2	2,6
<b>MW</b>	<b>3,5</b>	
<b>gesamt</b>	76	100

Keine Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung gab es im BSS (Tab. 44) des *körperlichen* Bereichs bei 36 Patienten (47,4% des Gesamtkollektivs von n = 76). 23 waren sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung körperlich nicht beeinträchtigt (Score 0). 9 Patienten blieben geringfügig (1), 2 deutlich (2) und 2 stark (3) beeinträchtigt. Im *psychischen* Bereich hatten 13 Patienten (17,1% des Gesamtkollektivs von n = 76) keine Veränderung der Beeinträchtigung, 6 blieben deutlich (2), 5 stark (3) und 2 immer noch extrem (4) beeinträchtigt. Im *sozialen* Bereich hatten 17 Patienten (22,4% des Gesamtkollektivs von n = 76) keine Veränderung der Beeinträchtigung, 7 blieben nicht beeinträchtigt (0), 5 geringfügig (1), 1 deutlich (2), 4 stark (3) beeinträchtigt.

**Tab. 44: Keine Veränderung des BSS zwischen Aufnahme und Entlassung**

Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
0	23	63,8	0	0	7	41,2
1	9	25	0	0	5	29,4
2	2	5,6	6	46,2	1	5,9
3	2	5,6	5	38,5	4	23,5
4	0	0	2	15,3	0	0
gesamt	36	100	13	100	17	100

Keine Veränderung ergab sich im Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere (Tab. 45) bei 5 Patienten (6,6%). Ein Patient hatte weiterhin eine deutliche Störung vom Krankheitswert, zwei hatten eine ausgeprägte, schwer beeinträchtigende Erkrankung, ein Patient eine außerordentlich schwere Erkrankung und ein Patient eine extreme psychogene Erkrankung.

**Tab. 45: Keine Veränderung des BSS (Gesamtscore) zw. Aufnahme und Entlassung**

Score	n	%
0-1	0	0
2-3	0	0
4-5	1	20
6-7	2	40
8-9	1	20
10-12	1	20
gesamt	5	100

Eine Abnahme der Beeinträchtigung (Tab. 46) ergab sich im *körperlichen* Bereich bei 37 (48,7%) Patienten, bei den meisten um einen Score, bei zwei Patienten um 3 Scores. Im *psychischen* Bereich ergab sich bei 63 (82,9%) Patienten eine positive Veränderung, bei den meisten um zwei, bei fünf Patienten um 3 Scores. Im *sozialen* Bereich ergab sich eine positive Veränderung bei 57 (75%) Patienten, bei den meisten um einen Score, bei zwei um 3 Scores.

Tab. 46: Abnahme des BSS (in den drei Dimensionen) zwischen Aufnahme und Entlassung

Abnahme um Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
1	20	54,1	26	41,3	37	64,9
2	15	40,5	32	50,8	18	31,6
3	2	5,4	5	7,9	2	3,5
4	0	0	0	0	0	0
gesamt	37	100	63	100	57	100

Eine positive Veränderung im Gesamtscore (Tab. 47) hatten 70 Patienten (92,1%). Die meisten (16) hatten eine Verbesserung um 4 Werte.

Tab. 47: Abnahme des BSS (im Gesamtscore) zw. Aufnahme und Entlassung

Abnahme um Score	n	%
1	9	12,7
2	13	18,7
3	15	21,5
4	16	22,7
5	10	14,4
6	7	10
gesamt	70	100

Eine Zunahme der Beeinträchtigung (Tab. 48) um einen Score hatten im *körperlichen* Bereich 3 Patienten (3,9%), im *psychischen* Bereich Keiner und im *sozialen* Bereich 2 Patienten (2,6%). Im Gesamtscore gab es einen Patienten (1,3%) mit einer Zunahme der Beeinträchtigung um einen Score.

Tab. 48: Zunahme des BSS (in den drei Dimensionen) zwischen Aufnahme und Entlassung

Zunahme um Score	körperlich		psychisch		sozial		Gesamtscore	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	100	0	0	2	100	1	100
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	3	100	0	0	2	100	1	100

Im BSS findet sich in allen Skalen sowie in der Gesamtscore eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigung zwischen Aufnahme und Entlassung. Dabei sind die Korrelationen recht unterschiedlich. Bei der körperlichen und sozialen sowie der Gesamt-Skala liegt die Korrelation im mittleren Bereich. Hier hat der Ausgangswert eines Patienten einen gewissen prädiktiven Wert für den Entlassungswert. Im Bereich der psychischen Belastung ist dies nicht gegeben. Die statistischen Berechnungen in den Tabellen 49 und 50 sind im Anhang, auf Seite 129 zu finden.

### 5.3.2 BSS im Vergleich von Fremd- und Selbsteinschätzung bei Entlassung

Nachdem bei Aufnahme auffällende Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung bezüglich der Schwere der Beeinträchtigung bestanden haben, interessierte die Frage, ob es im Laufe der Behandlung zu einer Angleichung der Einschätzungen gekommen ist. Die Vergleichsuntersuchung zum BSS konnte bei Entlassung an einer Stichprobe von 52 Patienten durchgeführt werden, weil nur diese die entsprechenden Bögen ausgefüllt hatten. Die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf die Scores des BSS. Bei der Entlassung waren in der Selbsteinschätzung (Tab. 51) die meisten im *körperlichen* Bereich geringfügig (1) beeinträchtigt. Wenige waren stark (3) oder extrem (4) und manche gar nicht (0) beeinträchtigt. Im Durchschnitt hatten sich die Patienten als geringfügig bis deutlich (1,5) beeinträchtigt gefühlt. Im *psychischen* Bereich waren die meisten deutlich (2) beeinträchtigt und nur wenige extrem (4) oder gar nicht (0), auch der Durchschnittswert (2) lag bei einer deutlichen Beeinträchtigung. Im *sozialen*

Bereich waren die meisten ebenfalls deutlich (2) beeinträchtigt und wenige extrem (4) oder gar nicht (0), auch der Durchschnittswert lag mit 2 bei einer deutlichen Beeinträchtigung.

**Tab. 51: Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei Entlassung in der Selbsteinschätzung**

Score	körperlich		psychisch		sozial	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	8	15,4	2	3,8	4	7,7
<b>1</b>	23	44,2	16	30,8	12	23,1
<b>2</b>	12	23,1	18	34,6	20	38,5
<b>3</b>	7	13,5	10	19,2	10	19,2
<b>4</b>	2	3,8	6	11,5	6	11,5
<b>MW</b>	<b>1,5</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	
<b>gesamt</b>	52	100	52	100	52	100

Der Gesamtscore in der Selbsteinschätzung bei Entlassung (Tab. 52) deutete bei den meisten auf eine deutliche Störung mit Krankheitswert (4-5) und bei einem weiteren großen Anteil auf eine außerordentlich schwere Erkrankung (8-9) hin. Knapp unter 20% hatten nur noch eine leichte Störung (2-3) gehabt. Der Durchschnittswert lag bei 5,4, entsprechend einer deutlichen Störung mit Krankheitswert.

**Tab. 52: BSS Gesamtscore bei Entlassung in der Selbsteinschätzung**

Gesamtscore	n	%
<b>0-1</b>	1	1,9
<b>2-3</b>	10	19,2
<b>4-5</b>	19	36,5
<b>6-7</b>	8	15,4
<b>8-9</b>	12	23
<b>10-12</b>	2	3,8
<b>MW</b>	<b>5,4</b>	
<b>gesamt</b>	52	100

BSS - Fragebögen in der Selbsteinschätzung sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung liegen von einer Teilstichprobe von 44 Patienten vor. Bei ihnen wird exemplarisch die Frage nach möglichen Veränderungen in der Befindlichkeit entsprechend der Selbsteinschätzung des BSS und im Verhältnis von Selbst- und Fremdeinschätzung während der stationären Therapie untersucht (Tab. 53).

Der Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere hatte sich in der Selbsteinschätzung bei 77,3% gebessert, entsprechend einer Abnahme des Gesamtscores um durchschnittlich 3 Werte. Keine Effekte oder gar negative Veränderungen (Zunahme des Gesamtscores) gab es bei 22,7% (n = 10).

**Tab. 53: BSS (Differenz der Gesamtscores) in der Selbsteinschätzung**

Differenz der Gesamtscore	n	%
Abnahme des Scores um 8 Werte	1	2,3
Abnahme des Scores um 4-6 Werte	11	25
Abnahme des Scores um 1-3 Werte	22	50
keine Veränderung	7	15,9
Zunahme des Scores um 1-2 Werte	3	6,8
gesamt	44	100

Der Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung des BSS bei Entlassung (Tab. 54) zeigte im Durchschnitt im *körperlichen* Bereich seitens der Therapeuten mit 0,8 eine niedrigere Einschätzung als seitens der Patienten mit 1,5. Das gleiche zeigte sich im *psychischen* und im *sozialen* Bereich. Im *körperlichen* Bereich hatten sich selbst die meisten entweder als geringfügig (1) oder als deutlich (2) beeinträchtigt eingeschätzt. Im niederen Bereich hatten sich selbst 15,4% (n = 8) als gar nicht (0) beeinträchtigt eingeschätzt. In der Einschätzung der Therapeuten waren es hingegen 42,3% (n = 22). Extrem (4) beeinträchtigt wurde kein Patient von den Therapeuten eingeschätzt, hingegen waren es 3,8% (n = 2) von Seiten der Patienten selbst. Im *psychischen* Bereich hatten sich 30,8% (n = 16) als geringfügig (1) beeinträchtigt eingeschätzt, von Seiten der Therapeuten waren es hingegen 59,6% (n = 31), die auch weniger Patienten als stark (3) oder extrem (4) beeinträchtigt einschätzten. Im *sozialen* Bereich lagen die meisten Selbstbeurteilungen (48,1%, n = 25) im Bereich der Therapeuteneinschätzung bei der



geringfügigen (1) Beeinträchtigung, hingegen hatte sich der größte Anteil der Patienten (38,5%, n = 20) als deutlich (2) beeinträchtigt eingeschätzt.

**Tab. 54: BSS bei Entlassung in der Selbst- (se) und Fremdeinschätzung (fr)**

	körperlich				psychisch				sozial			
	se. n	%	fr. n	%	se. n	%	fr. n	%	se. n	%	fr. n	%
<b>0</b>	8	15,4	22	42,3	2	3,8	0	0	4	7,7	15	28,8
<b>1</b>	23	44,2	22	42,3	16	30,8	31	59,6	12	23,1	25	48,1
<b>2</b>	12	23,1	5	9,6	18	34,6	16	30,8	20	38,5	8	15,4
<b>3</b>	7	13,5	3	5,8	10	19,2	4	7,7	10	19,2	4	7,7
<b>4</b>	2	3,8	0	0	6	11,5	1	1,9	6	11,5	0	0
<b>MW</b>	<b>1,5</b>		<b>0,8</b>		<b>2</b>		<b>1,5</b>		<b>2</b>		<b>1</b>	
<b>gesamt</b>	52	100	52	100	52	100	52	100	52	100	52	100

Der Gesamtscore (Tab. 55) lag zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung um durchschnittlich 2 Stufen auseinander. Bei der Entlassung hatten sich die Patienten immer noch deutlicher beeinträchtigt gefühlt als die Therapeuten sie eingeschätzt hatten. Nach diesen lagen 53,9% (n = 28) der Patienten im Bereich einer leichteren Störung (2-3), wobei sich die meisten Patienten zu 36,5% (n = 19) im Bereich einer deutlichen Störung (4-5) eingestuft hatten. Bei Entlassung hatten noch 23% (n = 12) sich in den Bereich einer außerordentlich schweren Erkrankung (8-9) eingestuft, die Therapeuten fanden hingegen dies nur bei 3,8% (n = 2) der Patienten. Das bedeutet, dass es auch im Verlauf der stationären Behandlung nicht zu einer Angleichung von Selbst- und Fremdeinschätzung gekommen ist. Die Patienten schätzten sich in allen Dimensionen weiterhin als stärker beeinträchtigt ein als die Therapeuten.

**Tab. 55: BSS (Gesamtscore) bei Entlassung in der Selbst- und Fremdeinschätzung**

Gesamtscore	Selbsteinschätzung		Fremdeinschätzung	
	n	%	n	%
<b>0-1</b>	1	1,9	4	7,7
<b>2-3</b>	10	19,2	28	53,9
<b>4-5</b>	19	36,5	15	28,9
<b>6-7</b>	8	15,4	2	3,8
<b>8-9</b>	12	23	2	3,8
<b>10-12</b>	2	3,8	1	1,9
<b>MW</b>	<b>5,4</b>		<b>3,4</b>	
<b>gesamt</b>	52	100	52	100

Betrachtet man die Einzeldimensionen des BSS, so gab es bei der Entlassung die größten Abweichungen zwischen Selbst und Fremdeinschätzung in der sozialen Beeinträchtigung, gefolgt von der körperlichen und zuletzt von der psychischen Beeinträchtigung. Beim Vergleich der Differenzen von Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen Aufnahme und Entlassung zeigt sich eine Tendenz zur Entstehung größerer Differenzen. Bei Aufnahme zeigte sich im körperlichen Bereich eine Differenz von 0,4. Diese war bei Entlassung 0,7. Ebenso zeigte sich im psychischen Bereich bei Aufnahme eine Differenz von 0 und bei Entlassung eine von 0,5. Im sozialen Bereich zeigte sich bei Aufnahme eine Differenz von 0,7 und bei Entlassung von 1. Auch beim Gesamtscore zeigte sich eine ähnliche Tendenz. Bei Aufnahme gab es eine Differenz von 0,9 bei Entlassung von 2.

### **5.3.3 GAF**

In den folgenden Beschreibungen der Tabellen beziehen sich die Entsprechungen der Punktwerte auf die offizielle Formulierung des GAF - Manuals. Der größte Teil der Patienten hatte bei Aufnahme eine ernsthafte (41-50) und bei Entlassung eine leichte (61-70) Beeinträchtigung gehabt (Tab. 56). In diesen Bereichen lagen auch die jeweiligen Mittelwerte zu den beiden Zeitpunkten. Durchschnittlich hatten sich danach die Patienten um 20 Punkte gebessert. Bei der Aufnahme befanden sich 53,9% unter dem Mittelwert von 43, entsprechend einer starken Beeinträchtigung (31-40), einer Leistungsunfähigkeit (21-30) oder einer Selbst- oder Fremdgefährlichkeit (11-20). Bei der Entlassung befanden sich 48,6% unter dem Mittelwert von 63. Über dem Durchschnittswert von 43 befanden sich bei Aufnahme 17,1% der Patienten, entsprechend einer mäßig ausgeprägten (51-60) bzw. leichten (61-70) Beeinträchtigung. Bei Entlassung befanden sich 14,4% über dem Durchschnittswert von 63.

Tab. 56: GAF Werte bei Aufnahme und Entlassung

GAF	Aufnahme		Entlassung	
	n	%	n	%
0-10	1	1,3	1	1,3
11-20	5	6,6	0	0
21-30	14	18,4	2	2,6
31-40	21	27,6	6	7,9
41-50	22	28,9	10	13,1
51-60	11	14,5	18	23,7
61-70	1	1,3	28	36,9
71-80	1	1,3	8	10,5
81-90	0	0	3	3,9
gesamt	76	100	76	100
MW	43		63	

Keine Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung (Tab. 57) gab es bei 12 Patienten (15,8% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ), deren Ausgangswerte meistens im mittleren bis oberen Bereich lagen.

Tab. 57: Keine Veränderung des GAF zw. Aufnahme u Entlassung

GAF auf Skalenwert	n	%
10	1	8,3
20	0	0
30	1	8,3
40	3	25
50	5	41,7
60	2	16,7
70	0	0
80	0	0
gesamt	12	100

Eine positive Veränderung (Tab. 58), d.h. Zunahme der GAF - Werte ergab sich bei 60 Patienten (78,9% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ). Die meisten (55,2%) hatten eine Veränderung von 10 bis 20 Punkte gehabt.

**Tab. 58: Zunahme des GAF zwischen Aufnahme und Entlassung**

<b>Zunahme um den Wert</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10</b>	10	16,8
<b>15</b>	5	8,4
<b>20</b>	18	30
<b>22</b>	1	1,6
<b>25</b>	5	8,4
<b>30</b>	6	10
<b>38</b>	1	1,6
<b>40</b>	9	15
<b>45</b>	1	1,6
<b>50</b>	3	5
<b>60</b>	1	1,6
<b>gesamt</b>	60	100

Eine negative Veränderung (Tab. 59), d. h. Abnahme der GAF - Werte ergab sich bei 4 Patienten (5,3% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ) im Bereich von 5 bis 20 Punkte.

**Tab. 59: Abnahme des GAF zwischen Aufnahme und Entlassung**

<b>GAF um den Wert</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>5</b>	1	25
<b>10</b>	2	50
<b>20</b>	1	25
<b>gesamt</b>	4	100

Die Patienten lagen im Durchschnitt bei Aufnahme mit einem Wert von 40 im Bereich einer starken Beeinträchtigung und bei Entlassung mit einem Wert von 60 im Bereich einer mäßig ausgeprägten Störung. Dabei korrelieren die Aufnahme- und Entlassungswerte schwach positiv ( $r = .31$ ). Der Abfall der Werte ist im T-Test für Messwiederholung statistisch signifikant ( $T = 10.45$ ;  $p < .005$ ). Auch die nonparametrische Prüfung ergibt für die Mittelwertsdifferenz von 19.39 eine statistische Signifikanz; es findet sich also eine bedeutsame Zunahme der GAF - Werte (entsprechend einer Verbesserung). Die statistischen Berechnungen in den Tabellen 60 und 61 sind im Anhang, auf Seite 129 zu finden.

### 5.3.4 Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis

Im Folgenden werden die Ergebnisse statistischer Untersuchungen über mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis zusammengefasst (Tab. 62). Hierzu wurden je nach Art der Variable die SPSS - Prozeduren für Messwiederholungen mit Tests der Innersubjektkontraste und Tests der Zwischensubjekteffekte sowie Partialkorrelationen angewendet. Das Behandlungsergebnis wird für diesen Teil der Untersuchung ausschließlich durch die GAF Werte (GAF bei Aufnahme, bei Entlassung und Differenzwert) definiert, wobei niedrige Werte eine stärkere, höhere eine niedrigere Belastung bedeuten. Die Analysen beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 76 Patienten und als Einflussfaktoren werden Geschlecht, Alter, Nationalität, psychisches Strukturniveau, Krankheitsdauer und Behandlungsdauer untersucht.

In der Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab sich ein tendenziell signifikanter Haupteffekt für das *Geschlecht*, wobei die Frauen leicht höhere GAF - Werte haben als die Männer ( $F = 2.7$ ;  $p = .11$ ). Der Haupteffekt für die Messwiederholung war hoch signifikant; es fand eine bedeutsame Zunahme der GAF - Werte, also eine Verbesserung des Funktionsstatus statt ( $F = 104.1$ ;  $p < .001$ ). Es ergab sich ein minimaler Zusammenhang mit der Tendenz, dass Männer von der Behandlung mehr profitieren als Frauen. Die Männer, die durchschnittlich auch mit höherem GAF – Wert die Behandlung anfangen, erreichten bis zur Entlassung eine deutlichere Steigerung des Wertes als Frauen (Abb. 5 im Anhang, S. 130).

Bei der Untersuchung des *Alters* kann man nicht sagen, dass die jüngeren Patienten eine bessere und Ältere eine schlechtere Prognose bei der Behandlung hätten. Es bestand keine Korrelation zwischen dem Alter und dem Behandlungsergebnis.

Ebenso wenig bestanden Unterschiede im Therapieergebnis zwischen *Deutschen und Ausländern*. Es war feststellbar, dass die Ausländer mit einem nicht signifikanten, numerisch höheren GAF – Wert die Behandlung angefangen hatten als die Deutschen und die Behandlung mit einem höheren Wert beendet hatten ( $F = 1.2$ ;  $p = .28$ ). Einschränkung ist hier die recht ungleiche Stichprobengröße mit nur 11 Ausländern gegenüber 65 Deutschen zu vermerken, wobei die Ausländer außerdem klinisch recht heterogen waren.

Es ergab sich weiterhin kein Zusammenhang zwischen *Strukturdiagnose* und Behandlungsergebnis. Danach hatten Patienten mit niedrigerem Strukturniveau einen niedrigeren GAF - Wert als Patienten mit höherem Strukturniveau ( $F = 5.2$ ;  $p = .008$ ). Die Verbesserung der Werte war aber nicht signifikant unterschiedlich (Tab. 62).

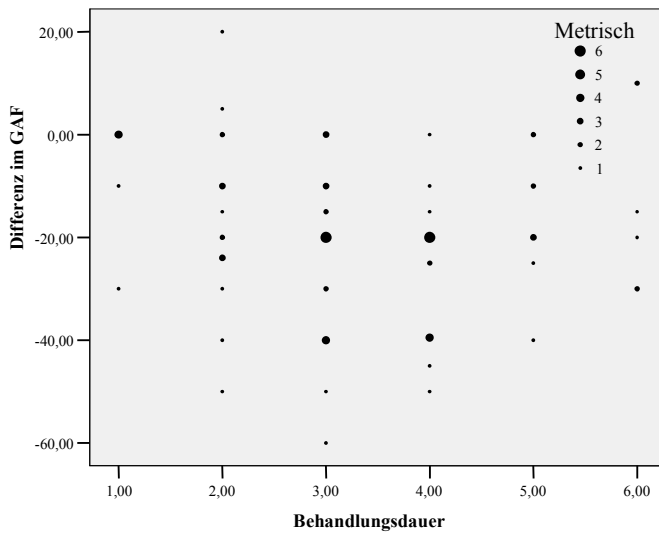
**Tab. 62: Ergebnisse statistischer Untersuchungen über mögliche Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis**

Variable	Gruppe (n)	GAF Aufn. MW (sd)	GAF Entl. MW (sd)	F Interaktion	p
<b>Geschlecht</b>	Männer (44)	43.1 (13.2)	65.1 (12.2)	3.5	.067
	Frauen (32)	42.3 (13.1)	57.7 (16.3)		
<b>Nationalität</b>	Deutsch (65)	42.2 (12.6)	61.5 (14.3)	0.0	.99
	Ausländ. (11)	46.2 (16)	65.5 (15.7)		
<b>Strukturdiagnose bei Aufnahme</b>	Nieder (12)	37.1 (15.7)	50.7 (17.1)	1.1	0.343
	Mittel (45)	43.4. (12.6)	63.7 (13.0)		
	Hoch (18)	44.9 (12.4)	66.9 (11.7)		

Der GAF - Wert bei Aufnahme korreliert signifikant positiv mit dem GAF - Wert bei Entlassung ( $r = .32$ ;  $p = .005$ ); entsprechend korreliert auch der Differenzwert zwischen Entlassung und Aufnahme mit dem Aufnahmewert ( $r = -.53$ ;  $p < .001$ ). Patienten, die ein niedrigeres Funktionsniveau bei Aufnahme hatten (entsprechend niedrigeren GAF-Werten), hatten eine höhere Differenz zum Entlasswert und profitierten damit stärker von der Behandlung im Sinne einer Zunahme ihres GAF - Wertes.

Bei der Untersuchung der *Krankheitsdauer* und des Behandlungsergebnisses konnte ebenfalls kein nennenswerter Zusammenhang entdeckt werden. Es war allenfalls eine leichte Korrelation festzustellen: derjenige der länger krank gewesen war, hatte höhere GAF - Werte am Schluss der Behandlung (Partialkorrelation  $r = .08$   $p = .52$ .), was der allgemein bekannten Gesetzmäßigkeit, dass Patienten mit längerer Krankheitsdauer eine schlechtere Therapie-Prognose haben, widerspricht.

Es bestand auch kein linearer Zusammenhang zwischen *Behandlungsdauer* und Behandlungsergebnis (Partialkorrelation  $r = -.18$   $p = .12$ ). Das heißt, eine längere Behandlungszeit führte nicht zu einem besseren Ergebnis. Vielmehr war im Ansatz eine U-Kurve zu erkennen (Abb. 6), wonach Patienten mit mittellanger Behandlungsdauer (ab 5 Wochen) mehr profitierten als mit einer sehr kurzen oder langen (mehr als 17 Wochen). Einschränkend ist zu bemerken, dass die Stichprobengröße etwas klein ist und sich vermutlich unterschiedliche Patienten in den verschiedenen Behandlungsdauern befinden.



**Abb. 6: Zusammenhang zwischen den GAF - Differenzwerten und der Behandlungsdauer**

Legende: 1 = 6 - 28 Tage, 2 = 30 - 57 Tage, 3 = 59 - 83 Tage, 4 = 85 - 112 Tage, 5 = 112 - 168 Tage, 6 = > 168 Tage



## **5.4 Behandlungsergebnisse II, HUS**

### **5.4.1 Behandlungsfokus und Umstrukturierung bei Aufnahme und Entlassung**

Es wurden bis maximal vier Behandlungsfoki festgelegt (Tab. 63). Ein erster Behandlungsfokus wurde bei  $n = 72$  (94,7%) Patienten angegeben. Die fehlenden Angaben von 4 Patienten des Gesamtkollektivs von 76 kamen dadurch zustande, dass 2 Patienten Psychose hatten, 1 Patient eine akute Traumareaktion hatte und 1 Patient seinen stationären Aufenthalt abgebrochen hatte. Ein zweiter Behandlungsfokus wurde bei  $n = 70$  (92,1%), ein dritter bei  $n = 32$  (42,1%) und ein vierter bei  $n = 6$  (7,9%) Patienten angegeben.

Der erste Fokus bezog sich bei den meisten auf eine Konfliktodynamik, wie z.B. Abhängigkeit/Autonomie, Versorgung/Autarkie oder Selbstwertkonflikte. Die im Strukturbereich am häufigsten genannten Foki waren Selbstreflexion, Selbstbild, Selbstwertregulation oder Impulssteuerung. Zu den ersten Behandlungsfoki kamen als weitere Foki hinzu objektbezogene Affekte, Identität, Antizipation, Mitteilen eigener Affekte, Variabilität der Bindung, Empathie, Reziprozität, Loslösung und Verstehen fremder Affekte.

Insgesamt wurden bei den vier Behandlungsfoki die Abhängigkeit/Autonomie (k1), Selbstwertkonflikte (k4), Impulssteuerung (st23) und Unterwerfung/Kontrolle (k2) am häufigsten genannt. Seltene Foki waren Identitätskonflikte (k7), Verstehen fremder Affekte (st52) und Reziprozität (st54).

Tab. 63: Behandlungsfoki\* nach der Heidelberger Umstrukturierungsskala

	1. Fokus		2. Fokus		3. Fokus		4. Fokus		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
k1	11	15,3	4	5,7	1	3,1	0	0	16	22,2
k3	9	12,5	2	2,9	0	0	0	0	11	15,3
k4	8	11,1	8	11,4	0	0	0	0	16	22,2
k5	6	8,3	1	1,4	2	6,3	0	0	9	12,5
st11	6	8,3	2	2,9	1	3,1	0	0	9	12,5
st12	6	8,3	4	5,7	1	3,1	0	0	11	15,3
st22	5	6,9	4	5,7	3	9,4	0	0	12	16,7
st23	4	5,6	9	12,9	1	3,1	1	16,7	15	20,8
k2	3	4,2	9	12,9	1	3,1	0	0	13	18,1
k6	3	4,2	3	4,3	1	3,1	0	0	7	9,7
st14	2	2,8	5	7,1	0	0	0	0	7	9,7
st31	2	2,8	2	2,9	0	0	2	33,3	6	8,3
k7	1	1,4	0	0	0	0	0	0	1	1,4
k8	1	1,4	0	0	1	3,1	0	0	2	2,8
k9	1	1,4	0	0	1	3,1	0	0	2	2,8
st21	1	1,4	2	2,9	5	15,6	0	0	8	11,1
st32	1	1,4	2	2,9	1	3,1	0	0	4	5,6
st51	1	1,4	2	2,9	1	3,1	1	16,7	5	6,9
st62	1	1,4	0	0	2	6,3	0	0	3	4,2
st44	0	0	3	4,3	1	3,1	0	0	4	5,6
st13	0	0	2	2,9	1	3,1	0	0	3	4,2
st24	0	0	2	2,9	1	3,1	0	0	3	4,2
st53	0	0	2	2,9	3	9,4	0	0	5	6,9
st63	0	0	2	2,9	1	3,1	1	16,7	4	5,6
st42	0	0	0	0	2	6,3	0	0	2	2,8
st54	0	0	0	0	1	3,1	0	0	1	1,4
st52	0	0	0	0	0	0	1	16,7	1	1,4
gesamt	72	100	70	100	32	100	6	100		

\*Erklärung der Abkürzungen siehe Anhang 6, 7, 8 (S. 115-117).

Im Folgenden werden die Ausprägungsstufen der vier Behandlungsfoki bei *Aufnahme* tabellarisch dargestellt (Tab. 64).

Tab. 64: Ausprägungsstufen\* von 4 Behandlungsfoki der HUS bei Aufnahme

Fokus	1.		2.		3.		4.		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stufe 2	16	22,2	9	12,9	6	18,8	1	16,7	32	44,4
Stufe 3	14	19,4	15	21,4	7	21,9	0	0	36	50
Stufe 3, T 2	12	16,7	13	18,6	5	15,6	0	0	30	41,7
Stufe 2, T 3	5	6,9	7	10	1	3,1	0	0	13	18,1
Stufe 3, T 4	5	6,9	8	11,4	2	6,3	0	0	15	20,8
Stufe 4	5	6,9	4	5,7	2	6,3	0	0	11	15,3
Stufe 2, T 1	4	5,6	4	5,7	2	6,3	0	0	10	13,9
Stufe 1	3	4,2	4	5,7	3	9,4	2	33,3	12	16,7
Stufe 1, T 2	3	4,2	3	4,3	0	0	2	33,3	8	11,1
Stufe 4, T 3	3	4,2	3	4,3	2	6,3	1	16,7	9	12,5
Stufe 4, T 5	1	1,4	0	0	1	3,1	0	0	2	2,8
Stufe 5	1	1,4	0	0	1	3,1	0	0	2	2,8
gesamt	72	100	70	100	32	100	6	100		

\*Erklärung der Stufen siehe Anhang 5 (S. 114); T = Tendenz

Beim *ersten* Behandlungsfokus kam am häufigsten die Stufe 2 vor, gefolgt von der Stufe 3. Selten waren die Stufe 4 mit Tendenz 5 und die Stufe 5. Beim *zweiten* Fokus wurden ebenfalls die Stufe 3 und Stufe 2 am häufigsten genannt, selten waren Stufe 4 mit Tendenz 5 und Stufe 5. Beim *dritten* Fokus wurden ebenfalls die Stufe 3, Stufe 2 und Stufe 3 mit Tendenz 2 am häufigsten genannt. Selten kamen die Stufe 1 mit Tendenz 2, Stufe 2 mit Tendenz 3, Stufe 4 mit Tendenz 5 und die Stufe 5 vor. Beim *vierten* Fokus wurden am häufigsten die Stufe 1 und Stufe 1 mit Tendenz 2 genannt.

Die am häufigsten genannten Ausprägungsstufen waren Stufe 3 (vage Fokuswahrnehmung), Stufe 2 (ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus) und Stufe 3 mit Tendenz 2. Selten wurden Stufe 4 (Anerkennung und Erkundung des Problems) mit Tendenz 5 und Stufe 5 (Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich) genannt.

Bei *Entlassung* ergaben sich im Bezug auf die Foki deutlich andere Ausprägungen (Tab. 65), wobei sich im Vergleich zur Aufnahme die Foki bei keinem Patienten geändert hatten. Beim *ersten* Behandlungsfokus kam bei Entlassung am häufigsten Stufe 4 vor, gefolgt von Stufe 5 mit Tendenz 4. Selten angegeben wurden Stufe 3 mit Tendenz 2, Stufe 1 und Stufe 6. Beim *zweiten* Fokus wurden ebenfalls Stufe 4, dann Stufe 4 mit Tendenz 3 und Stufe 3 am häufigsten genannt. Seltene Stufen waren Stufe 1, Stufe 2 mit

Tendenz 3 und Stufe 6 mit Tendenz 5. Beim *dritten* Fokus wurde ebenfalls die Stufe 4 am häufigsten genannt. Selten kamen die Stufe 1, 2 und 7 vor. Beim *vierten* Fokus wurden Stufe 1, 2, 3, 4 und 6 genannt.

Die am häufigsten erreichten Ausprägungsstufen bei Entlassung waren Stufe 4 (Anerkennung und Erkundung des Problems), Stufe 3 (vage Fokuswahrnehmung) und Stufe 4 (Anerkennung und Erkundung des Problems) mit Tendenz 5. Selten wurden Stufe 1 mit Tendenz 2, Stufe 2 mit Tendenz 1 und Stufe 7 (Auflösung des Fokus) genannt.

**Tab. 65: Ausprägungsstufen\* von 4 Behandlungsfoki der HUS bei Entlassung**

Fokus	1.		2.		3.		4.		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Stufe 4</b>	21	29,2	14	20,3	7	24,1	1	20	43	59,7
<b>Stufe 5, T 4</b>	11	15,3	6	8,7	0	0	0	0	17	23,6
<b>Stufe 3</b>	10	13,9	9	13,0	3	10,3	1	20	23	31,9
<b>Stufe 4, T 5</b>	10	13,9	8	11,6	1	3,4	0	0	19	26,4
<b>Stufe 5</b>	5	6,9	5	7,2	4	13,8	0	0	14	19,4
<b>Stufe 4, T 3</b>	3	4,2	11	15,9	4	13,8	0	0	18	25
<b>Stufe 2</b>	2	2,8	4	5,8	1	3,4	1	20	8	11,1
<b>Stufe 2, T 3</b>	2	2,8	1	1,4	0	0	0	0	3	4,2
<b>Stufe 3, T 4</b>	2	2,8	4	5,8	1	3,4	0	0	7	9,7
<b>Stufe 5, T 6</b>	2	2,8	0	0	0	0	0	0	2	2,8
<b>Stufe 3, T 2</b>	1	1,4	2	2,9	3	10,3	0	0	6	8,3
<b>Stufe 1</b>	1	1,4	1	1,4	1	3,4	1	20	4	5,6
<b>Stufe 6</b>	1	1,4	2	2,9	2	6,9	1	20	6	8,3
<b>Stufe 6, T 5</b>	1	1,4	1	1,4	0	0	0	0	2	2,8
<b>Stufe 1, T 2</b>	0	0	1	1,4	0	0	0	0	1	1,4
<b>Stufe 7</b>	0	0	0	0	1	3,4	0	0	1	1,4
<b>Stufe 2, T 1</b>	0	0	0	0	1	3,4	0	0	1	1,4
<b>gesamt</b>	72	100	69	100	29	100	5	100		

\*Erklärung der Stufen siehe Anhang 5 (S. 114); T = Tendenz

### 5.4.2 Graphische Darstellung der Ausprägungsveränderungen der Behandlungsfoki zwischen Aufnahme und Entlassung

Abb. 7 zeigt die Veränderungen der Ausprägungsstufen beim *ersten Behandlungsfokus* der Heidelberger Umstrukturierungsskala zwischen Aufnahme und Entlassung von 72 Patienten. Dargestellt sind die Veränderungen bei den einzelnen Patienten, wobei die Pfeile die Bewegungsrichtungen anzeigen.

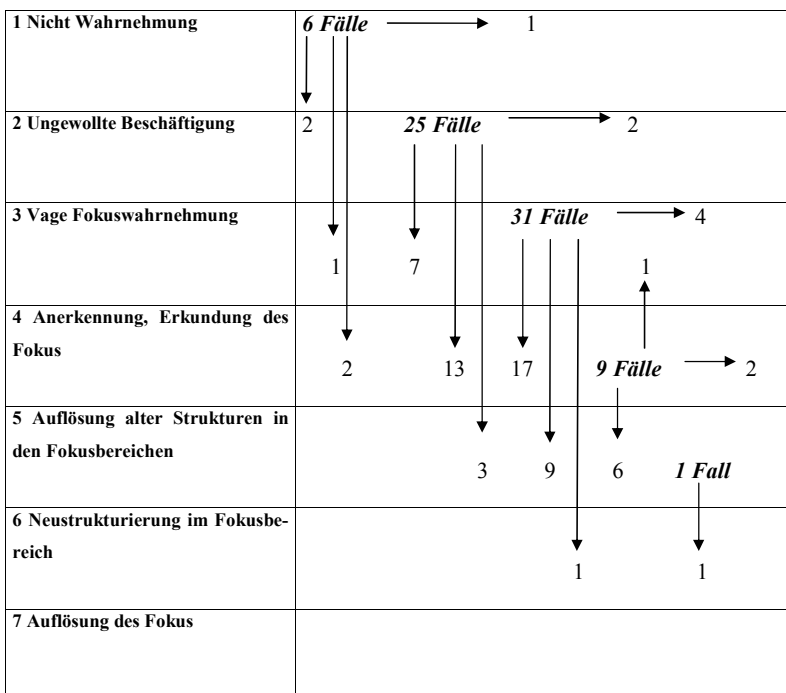


Abb. 7: Änderung der Ausprägungsstufen des ersten Behandlungsfokus der Heidelberger Umstrukturierungsskala bis zur Entlassung

Bis zur Entlassung erreichte von den 72 (100%) Patienten 86,1% ( $n = 62$ ) eine höhere Ausprägungsstufe ihres ersten und wichtigsten Behandlungsfokus. 12,5% ( $n = 9$ ) blieben auf der gleichen Stufe und 1,4% ( $n = 1$ ) wechselte zu einer niedrigeren Stufe. Diese Ergebnisse werden im Folgenden detaillierter dargestellt.

Bis zur Entlassung wechselten 2 von den 6 Fällen, die bei der Aufnahme eine Ausprägung von 1 (nicht Wahrnehmung des Problems) hatten in Ausprägung 2 (ungewollte Beschäftigung mit dem Problem), 1 in Ausprägung 3 (vage Fokuswahrnehmung) und 2 in Ausprägung 4 (Anerkennung, Erkundung des Problems). Ein Patient blieb nach wie vor bei Ausprägung 1. Insgesamt hatten sich also von 6 Patienten mit einer anfangs sehr niedriger Ausprägung 5 gebessert.

Von den 25, die bei der Aufnahme auf Stufe 2 waren, wechselten bis zur Entlassung 7 in Ausprägung 3, 13 in Ausprägung 4 und 3 in Ausprägung 5 (Auflösung alter Strukturen in den Fokusbereichen). Zwei Patienten blieben auf Ausprägungsstufe 2. Insgesamt hatten sich also von 25 Patienten 23 mit einer anfänglichen Ausprägung 2 auf ein höheres Strukturniveau verbessert.

Von den 31, die bei der Aufnahme Ausprägung 3 hatten, erreichten bis zur Entlassung 17 Ausprägung 4, 9 Ausprägung 5 und 1 Ausprägung 6 (Neustrukturierung im Fokusbereich). 4 Patienten waren bei Ausprägungsstufe 3 geblieben. Insgesamt hatten sich damit 27 von 31 Patienten mit anfänglicher Ausprägung 3 gebessert.

Von den 9 Patienten, die bei der Aufnahme Ausprägung 4 hatten, erreichten bis zur Entlassung 6 Ausprägung 5. 2 Patienten waren bei Ausprägungsstufe 4 geblieben und 1 ist auf Ausprägungsstufe 3 zurückgefallen. Insgesamt hatten sich also 6 von 9 Patienten mit anfänglicher Ausprägung 4 gebessert und einer hatte sich verschlechtert.

Der eine Patient, der bei der Aufnahme Ausprägung 5 hatte, wechselte bis zur Entlassung in Ausprägung 6.

Wenn wir aus den Werten der Ausprägungsstufen einen Mittelwert bei Aufnahme und Entlassung bilden, bekommen wir folgendes Ergebnis: Bei dem ersten Behandlungsfokus der Heidelberger Umstrukturierungsskala befanden sich die 72 Patienten bei der Aufnahme durchschnittlich bei dem Wert von 2,6, entsprechend einer vagen Fokuswahrnehmung. Das gleiche Kollektiv von Patienten befand sich bei Entlassung durch-

schnittlich bei dem Wert von 4, entsprechend einer Anerkennung, Erkundung des Problems. Durchschnittlich kann man also eine „Stufenverbesserung“ von 1,4 feststellen.

Abb. 8 zeigt die Veränderungen der Ausprägungsstufen bei dem *zweiten Behandlungsfokus* zwischen Aufnahme und Entlassung. Die Angaben beziehen sich auf 70 Patienten.

<b>1 Nicht Wahrnehmung</b>	<b>7 Fälle</b> → 3
<b>2 Ungewollte Beschäftigung</b>	2 <b>20 Fälle</b> → 3
<b>3 Vage Fokuswahrnehmung</b>	8 <b>36 Fälle</b> → 7
<b>4 Anerkennung, Erkundung des Fokus</b>	8 <b>7 Fälle</b> → 2
<b>5 Auflösung alter Strukturen in den Fokusbereichen</b>	2 1 3 5
<b>6 Neustrukturierung im Fokusbereich</b>	3
<b>7 Auflösung des Fokus</b>	

Abb. 8: Änderung der Ausprägungsstufen vom zweiten Behandlungsfokus der Heidelberger Umstrukturierungsskala bis zur Entlassung

Bis zur Entlassung kamen von den 70 (100%) Patienten 78,6% (n = 55) auf eine höhere Ausprägungsstufe und 21,4% (n = 15) blieben auf der gleichen Stufe wie bei Aufnahme. Zwei Patienten wechselten in Ausprägung 2, 8 Patienten in Ausprägung 3, 31 Patienten

in Ausprägung 4, 11 Patienten in Ausprägung 5 und 3 Patienten in Ausprägung 6. 15 Patienten waren in ihrer Ausprägungsstufe bis zur Entlassung gleich geblieben.

Bei dem zweiten Behandlungsfokus befanden sich die 70 Patienten bei der Aufnahme durchschnittlich bei einer Stufe von 2,6, entsprechend einer vagen Fokuswahrnehmung. Das gleiche Kollektiv von Patienten befand sich bei Entlassung durchschnittlich bei einer Stufe von 3,8, entsprechend einer Anerkennung, Erkundung des Problems. Durchschnittlich kann man also eine „Stufenverbesserung“ von 1,2 feststellen.

Beim *dritten Behandlungsfokus* (Abb. 9 im Anhang, S. 131) wechselten bis zur Entlassung von den 33 (100%) Patienten 51,5% ( $n = 17$ ) in eine höhere Ausprägungsstufe und 33,3% ( $n = 11$ ) blieben auf der gleichen Stufe wie bei Aufnahme. 3 Patienten wechselten in Ausprägung 3, 8 in Ausprägung 4, 3 in Ausprägung 5, 2 in Ausprägung 6 und 1 in Ausprägung 7. 11 Patienten waren auf ihrer Ausprägungsstufe bis zur Entlassung geblieben. Die 5 Patienten mit der Bezeichnung n.r. (nicht relevant) konnten nicht beurteilt werden, da das Aufnahmefokus sich für die Therapie als nicht relevant erwiesen hat, so dass es nicht in die weitere Auswertung eingegangen ist. Bei dem dritten Behandlungsfokus befanden sich die 33 Patienten bei der Aufnahme durchschnittlich bei einer Stufe von 2,8, entsprechend einer vagen Fokuswahrnehmung. Das Kollektiv von 28 Patienten (da 5 mit „n.r.“ bezeichnet) befand sich bei Entlassung durchschnittlich bei einer Stufe von 3,8, entsprechend einer Anerkennung, Erkundung des Problems. Durchschnittlich kann man also eine „Stufenverbesserung“ von 1 feststellen.

Beim *vierten Behandlungsfokus* (Abb. 10 im Anhang, S. 132) wechselten bis zur Entlassung von den 6 (100%) Patienten 33,3% ( $n = 2$ ) in eine höhere Ausprägung und 33,3% ( $n = 2$ ) blieben auf der gleichen Stufe wie bei Aufnahme. 1 Patient wechselte in Ausprägung 2 und 1 weiterer Patient in Ausprägung 6. Es waren 2 Patienten auf der gleichen Ausprägungsstufe bis zur Entlassung geblieben. 2 Patienten (n.r.) konnten nicht beurteilt werden. Beim vierten Behandlungsfokus befanden sich die 6 Patienten bei der Aufnahme durchschnittlich bei einer Stufe von 1,7, entsprechend einer nicht Wahrnehmung des Problems. Das Kollektiv von 4 Patienten (da 2 mit „n.r.“ bezeichnet) befand sich bei Entlassung durchschnittlich bei einer Stufe von 2,2, entsprechend einer ungewollten



Beschäftigung mit dem Problem. Durchschnittlich kann man also eine „Stufenverbesserung“ von 0,5 feststellen.

### 5.4.3 Vergleich von HUS mit anderen Ergebnisparametern (BSS, GAF)

Zum Vergleich der Ergebnisparameter verwenden wir die Veränderungen im Gesamtscore des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores, die Veränderung der Werte des Global Assessment of Functioning Scale und der Ausprägungsstufen des ersten Behandlungsfokus in der Heidelberger Umstrukturierungsskala.

**Keine Veränderung** ergab sich im *Gesamtscore des BSS* bei 5 Patienten (6,6% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ), im *GAF* bei 12 Patienten (15,8% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ), meistens im mittleren bis oberen Bereich und beim *ersten Behandlungsfokus in der HUS* bei 9 Patienten (12,5% der Stichprobe von  $n = 72$ ) von denen 6 unverändert auf Stufe 3 und 4 waren.

Interessant ist, dass es dabei um 18 verschiedene Patienten ging und dass es nur 2 Patienten gab, die in allen drei Parametern keine Veränderung gezeigt hatten. Es waren 2 andere Patienten, die im BSS und in der HUS keine Veränderung hatten und weitere 2 hatten im GAF und in der HUS übereinstimmend keine Veränderung. Im BSS gab es einen Patienten ohne Veränderung, der im GAF eine Verschlechterung von 5 Punkten und in der HUS eine Verbesserung von Stufe 2 auf 3 hatte. Die 8 Patienten ohne Veränderung im GAF hatten sich im BSS gebessert (vier Patienten um einen Punkt und jeweils ein Patient um 2, 3, 4 und 6 Punkte). Bei 3 von diesen 8 wurden in der HUS keine Behandlungsfoki genannt wegen Psychose, akute Traumareaktion und vorzeitiger Abbruch des Aufenthaltes. Die anderen 5 hatten sich laut HUS gebessert (von Stufe 1 auf 2, von Stufe 3 auf 4, von Stufe 2 auf 3 und zweimal von Stufe 2 auf 4).

Eine **positive Veränderung** im *Gesamtscore des BSS* hatten 70 Patienten (92,1%), die meisten (16) um 4 Werte, im Durchschnitt war eine positive Veränderung um 3,2 Punk-

te (von 6,7 bei Aufnahme – entsprechend einer schwer beeinträchtigenden Erkrankung auf 3,5 bei Entlassung – entsprechend einer deutlichen Störung mit Krankheitswert) zu beobachten. Im *GAF* hatten 60 Patienten (78,9% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ) eine Verbesserung ihrer Werte, die meisten (55,2%) um 10 bis 20 Punkte, durchschnittlich lagen die Patienten bei Aufnahme mit einem Wert von 40 im Bereich einer starken Beeinträchtigung und bei Entlassung mit einem Wert von 60 im Bereich einer mäßig ausgeprägten Störung. In der *HUS* hatten sich 62 Patienten (86,1% der Stichprobe von  $n = 72$ ) gebessert. Bildet man aus den Werten der *Ausprägungsstufe* beim ersten Fokus einen Mittelwert bei Aufnahme und einen bei Entlassung, bekommt man eine „Stufenverbesserung“ von 1,4 (von 2,6 auf 4), entsprechend einem Wechsel von einer vagen Wahrnehmung zu einer Anerkennung des Problems. Positive Veränderungen in allen drei Parametern gab es also bei 55 Patienten (72,4% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ).

Eine **negative Veränderung** hatte im *Gesamtscore* des *BSS* ein Patient (1,3%), im *GAF* 4 Patienten (5,3% des Gesamtkollektivs von  $n = 76$ ) im Bereich von 5 bis 20 Punkte und in der *HUS* ebenfalls nur ein Patient (von Stufe 4 auf 3). Der Patient, der sich im *BSS* verschlechtert hatte war auch im *GAF* um 10 Punkte schlechter aber in der *HUS* um eine Stufe (von Stufe 3 auf 4) besser geworden. Der eine Patient, der sich in der *HUS* um eine Stufe (von Stufe 4 auf 3) verschlechtert hatte, war sowohl im *BSS* (um 4 Punkte) als auch im *GAF* (um 20 Punkte) besser geworden.

Die drei Messinstrumente haben eine Übereinstimmung in ca. 72 % der Fälle. Die Unterschiede ergeben sich vielleicht dadurch, dass doch verschiedene Merkmale durch die Instrumente erfasst werden, so dass die drei Erfolgsparameter als Ergänzung zu einander verwendet werden können.

## 5.5 Zusammenfassung der Behandlungsergebnisse

Im Zeitraum vom 15.4.2003 bis zum 20.2.2005 wurden auf der Station für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München insgesamt 95 Patienten behandelt, von denen 76 in die *Stichprobe* aufgenommen wurden. Innerhalb der Stichprobe betrug der *Frauenanteil* 42,1%, der Anteil an *Ausländern* 13,1%. Der *Altersdurchschnitt* der Patienten lag bei 36,9 Jahren, wobei es keinen signifikanten Unterschied gab zwischen weiblichen und männlichen Patienten. Die Patienten waren zu 53,9% *ledig* und 19,7% verheiratet. Die meisten mit 39,5% hatten Haupt- bzw. *Volksschulabschluss* und 35,5% Abitur. 39,5% waren *berufstätig*, 18,4% arbeitslos. 50% wohnten alleine, 15,8% mit Partnern.

Bei mittlerem (59,2%) bis hohem (23,7%) und niederem (15,8%) *Strukturniveau* wurden als *Hauptdiagnosen* vor allem depressive Störungen (52,5%), dann Persönlichkeitsstörungen (18,4%), Belastungs- bzw. dissoziative Störungen mit jeweils 6,5 % diagnostiziert. 61% der Patienten hatten eine *Zweitdiagnose*, 11% eine dritte und 18% auch eine *somatische Diagnose*.

Die meisten Patienten (30,2%) kamen durch die *psychiatrische Ambulanz*, ein weiterer Großteil (26,3%) wurde von anderen Stationen der Psychiatrischen Klinik übernommen. Eine *Vorbehandlung* mit Psychopharmaka erfolgte bei 60,5%, am häufigsten mit Antidepressiva. Psychiatrische Vorbehandlung erhielten 34,2%, Verhaltenstherapie 15,8%, tiefenpsychologische Therapie 13,2%. Der Großteil der Patienten (81,6%) wurde im Anschluss an die stationäre psychoanalytische Psychotherapie regulär nach Hause *entlassen* und zur *weiteren Behandlung* wurde den meisten tiefenpsychologische Psychotherapie (73,7%) und/oder weitere psychiatrische Behandlung (46,1%) und Verhaltenstherapie (7,9%) empfohlen. Die meisten Patienten (84,6%) haben die Einzeltherapie, 42,3% Gespräche mit Patienten am *nützlichsten* gefunden.

Die *stationäre Behandlung* nahm durchschnittlich einen Zeitraum von 84,5 Tage in Anspruch. Die jüngsten Patienten (im Durchschnitt 31,7 Jahre) waren entweder am kür-

zesten (6-28 Tage) oder am längsten (zwischen 170-395 Tage) in stationärer Behandlung.

Im Durchschnitt waren die Patienten bei *Aufnahme* nach dem *Beeinträchtigungsschwere-Score* in der Einschätzung der *Therapeuten* körperlich geringfügig bis deutlich, psychisch stark und sozial deutlich beeinträchtigt. Der durchschnittliche Gesamtwert der Beeinträchtigung lag bei 6,6, entsprechend einer ausgeprägten, schwer beeinträchtigenden Erkrankung. Bei *Entlassung* waren die Patienten körperlich gar nicht oder geringfügig, psychisch geringfügig bis deutlich und sozial geringfügig beeinträchtigt mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 3,5, entsprechend einer leichten bis deutlichen Störung mit Krankheitswert. Eine positive Veränderung der Beeinträchtigung ergab sich im körperlichen Bereich bei 48,7%, im psychischen Bereich bei 82,9%, im sozialen Bereich bei 75% und im Gesamtwert bei 92,1% der Patienten.

In der Selbsteinschätzung fühlten sich die *Patienten* bei *Aufnahme* körperlich deutlich, psychisch stark und sozial deutlich bis stark beeinträchtigt, wobei der durchschnittliche Gesamtwert bei 7,4 lag, entsprechend einer ausgeprägten, schwer beeinträchtigenden bzw. einer außerordentlich schweren Erkrankung. Bei *Entlassung* fühlten sich die Patienten körperlich geringfügig bis deutlich, psychisch deutlich und sozial deutlich beeinträchtigt mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 5,4, entsprechend einer deutlichen Störung mit Krankheitswert.

In der *GAF* – Bewertung bei *Aufnahme* lagen die meisten Patienten (28,9%) bei 41-50, entsprechend einer starken Beeinträchtigung in mehreren Bereichen und ernsthafter Beeinträchtigung. Bei der *Entlassung* hatten die meisten (36,9%) nur noch eine leichte Beeinträchtigung (61-70). Insgesamt hatten sich die Patienten zu 78,9% positiv verändert.

In der *SCL-90-R* - Selbsteinschätzung bei *Aufnahme* erwiesen sich die Patienten durchschnittlich (GSI - Mittelwert von 1.27) als deutlich belastet durch psychische Symp-

tome. Bei *Entlassung* (GSI - Mittelwert von .85) zeigte noch eine hohe Anzahl der Patienten psychische Symptome, jedoch gab es auch viele mit einer eher niedrigen Belastung.

In der *Heidelberger Umstrukturierungsskala* wurde bis zu vier *Behandlungsfoki* angegeben. Von den 72 Patienten (100%) wurde als erster Behandlungsfokus am häufigsten (15,3%) Abhängigkeit/Autonomie (k1) und (12,5%) Versorgung/Autarkie (k3) angegeben. Einen zweiten Behandlungsfokus hatten 70 Patienten (100%). Hier wurde am häufigsten (jeweils 12,9%) Impulssteuerung (st23) und Unterwerfung/Kontrolle (k2) angegeben. Ein dritter Behandlungsfokus wurde bei 33 Patienten und ein vierter bei nur 6 Patienten genannt.

Die Mittelwerte der *Ausprägungsstufen* der verschiedenen Fokusbereiche zeigten folgende Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung: beim ersten Behandlungsfokus von durchschnittlich 2,6 (ungewollte Beschäftigung mit dem Problem / eine vage Problemwahrnehmung) auf 4 (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs), was einer Veränderung um 1,4 Stufen entspricht; beim zweiten Behandlungsfokus von 2,6 (ungewollte Beschäftigung mit dem Problem / vage Problemwahrnehmung) auf 3,8 (vage Problemwahrnehmung / eher eine Anerkennung und Erkundung des Problems), was einer Veränderung um 1,2 Stufen entspricht; beim dritten Behandlungsfokus von 2,8 (eher ungewollte Beschäftigung mit dem Problem) auf 3,8 (eher Anerkennung und Erkundung des Problems), was einer Veränderung um eine Stufe entspricht und beim vierten Behandlungsfokus von 1,7 (eher ungewollte Beschäftigung mit dem Problem) auf 2,2 (ungewollte Beschäftigung mit dem Problem), was einer Veränderung um eine halbe Stufe entspricht. Zusammenfassend kann man sagen, dass beim ersten Behandlungsfokus ein Anteil von 86,1% (Stichprobe von  $n = 72$ ) der Patienten, beim zweiten 78,6% (Stichprobe von  $n = 70$ ), beim dritten 51,5% (Stichprobe von  $n = 33$ ) und beim vierten 33,3% (Stichprobe von  $n = 6$ ) eine Besserung verzeichnen konnten.

## **6 Diskussion**

Die vorliegende Studie untersucht die Behandlungsergebnisse der analytischen Psychotherapie auf einer Psychotherapiestation innerhalb einer Psychiatrischen Klinik. Die Studie wurde angeregt durch die vor einigen Jahren entwickelte Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000), welche die Messung struktureller Veränderungen als möglicherweise nachhaltige Therapieeffekte erlaubt. Daneben und im Vergleich dazu wurden die auf die Beeinträchtigung und Symptomatik bezogenen Veränderungen erfasst. Die differenzierte Erfassung der Behandlungseffekte einer Psychotherapiestation könnte die Therapieplanung, die individuellen Angebote von Therapieformen und die Qualitätssicherung im stationären psychotherapeutischen Bereich verbessern.

### **6.1 Stichproben und Methoden**

Mit Hilfe von standardisierten und nicht standardisierten Fragebögen wurde jedem Patienten ein zeitlicher Rahmen von ca. 60 Minuten gegeben, um über seine Befindlichkeiten ausführlich zu berichten. Die Fragebögen waren ursprünglich ausführlicher gewesen mit ca. 300 Fragen bei der Aufnahme und ca. 190 Fragen bei der Entlassung. Die Fragen wurden aber dann für die statistische Auswertung reduziert. Es gab unterschiedliche Stichprobengrößen, weil nicht immer von allen die jeweiligen Fragebögen ausgefüllt worden sind. Dies könnte einerseits darauf zurückgeführt werden, dass die Koordination der Studie zwischen Stationspersonal, Patienten und Doktorand ungenügend war, andererseits spielten Vergesslichkeit und Überforderung der Patienten durch den „Fragebogen-Ausfüllzwang“ in einem psychotherapeutischen Behandlungsprozess eine Rolle.

Eine prospektive Studie mit einem zusätzlich katamnестischen Ansatz ist in Ergänzung unserer Untersuchungen durchaus noch zu erwägen, um die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte z.B. nach 6 Monaten oder einem Jahr überprüfen zu können. Man könnte

dann prüfen, ob die durch die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) ermittelten Veränderungen tatsächlich länger Bestand haben.

Die verwendeten Fragebögen waren gut validiert (SCL-90-R, BSS, GAF, HUS). Dazu kamen zum anderen Fragebögen mit allgemeinen Fragen, Vorbehandlungen, Lebenssituation auf Seiten der Patienten und Diagnosen, Behandlungen und Beeinträchtigung auf Seiten der Therapeuten. Bei der Auswahl der Items wurde darauf geachtet, dass die Fragen, welche die Beeinträchtigung der Patienten erfassten bei Aufnahme und Entlassung identisch waren, um einen unmittelbaren Vergleich zu ermöglichen. Weil die Therapeuten im Team selbst den Behandlungserfolg einschätzten, kann eine Beeinflussung der Bewertung des Therapieerfolges nicht ausgeschlossen werden (Weimer 2001). Ideal wäre es gewesen, wenn ein Außenstehender die Patienten vor und nach Behandlung untersucht und den Behandlungserfolg eingeschätzt hätte (Ermann et al 2001). Die Aufteilung der Fragen in eine Selbst – und Fremdbeurteilung (Schulte 1993) schien uns gerade bei dieser Problematik sinnvoll zu sein, da sich die Möglichkeit bietet, Patienten- und Therapeutensicht in einem objektivierenden Vergleich gegen einander abzuwägen. Dabei zeigte sich, dass bei Aufnahme und bei Entlassung die Unterschiede in etwa gleich groß waren. Patienten schätzten sich zu beiden Zeitpunkten belasteter ein als es die Therapeuten taten. Auf jedem Fall unterschied sich die Entlassungsbeurteilung durch die Therapeuten nicht mehr von der durch die Patienten selbst als bei Aufnahme. Dies kann man als Hinweis darauf werten, dass die Therapeuten die Bewertung ihrer Therapie nicht nennenswert positiv verzerrt haben. Zugleich sagt dies etwas Prinzipielles über das Selbsterleben von Patienten mit psychogenen Erkrankungen aus, auf das weiter unten noch eingegangen wird.

## **6.2 Soziodemographische Daten**

Das untersuchte Patientenkollektiv entspricht hinsichtlich des *Durchschnittsalters* von 36,9 Jahren weitgehend dem aus der Literatur (Bassler 1994, Junge et al. 1996, Bürgy et al. 2002, Spitzer et al 2004, Weber 2007). Bei der stationären psychoanalytischen Psy-

chotherapie im Rehabilitationsbereich finden sich allerdings höhere Altersangaben (Sandweg et al. 1991). Auch in der Untersuchung von Grande et al. (2001) kommt eine niedrigere Durchschnittsalter mit 29,8 Jahren vor.

Das *Geschlechterverhältnis* in der vorliegenden Untersuchung fällt im Vergleich mit anderen Untersuchungen überraschend aus. Der Anteil der Frauen mit 42,1% ist deutlich niedriger als der der Männer. Die Daten anderer Studien zeigen dagegen einen Frauenanteil von 72,5% (Spitzer et al 2004), 56,1% (Weber 2007), 69,4% (Grande et al. 2001), 68,9% (Junge, Ahrens 1996), 60,7% (Bassler 1994) und 58% (Strauß et al. 1994). Die Erklärung für den niedrigeren Anteil von Frauen ist die ungleiche Bettenverteilung zwischen Männern und Frauen zum Zeitpunkt der Untersuchung. Am Rande soll erwähnt werden, dass eine Studie von Zielke (1993) eine gegenläufige Geschlechterverteilung in der verhaltenstherapeutischen Rehabilitation mit 52,7% Männeranteil zeigt. Auch wird nach einer stationären Psychotherapie eine Verhaltenstherapie als Anschlussbehandlung eher Männern empfohlen (Weber 2007).

Beim *Familienstand* fällt auf, dass der größte Anteil sowohl in der vorliegenden Studie (53,9%) als auch bei Grande et al. (2001) (71,4%) ledig war und nur 19,7% bei uns und 16,3% bei Grande verheiratet. Möglicherweise können Alleinstehende sich einen stationären Aufenthalt zeitlich eher „leisten“ als Verheiratete oder die Aufmerksamkeit der Patienten, wenn sie allein sind, ist mehr auf sich gerichtet, während die Verheirateten sich mit Sorgen „zudecken“. Denkbar wäre auch, dass die Ehe einen gewissen Schutz vor psychogenen Erkrankungen bietet.

Die Aufteilung der Patienten in *Einheimische und Ausländer* fehlt bei den anderen Studien, entweder weil es keine Ausländer in den Stichproben gab oder weil dieser Punkt nicht untersucht worden ist. Eine Studie erwähnt einen Ausländeranteil von 3,1% (Bassler 1994), eine weitere 16,8% (Weber 2007). Bei uns betrug der Ausländeranteil 13,1%. Dieser hohe Anteil ist durch den Standort in einer Großstadt mit hohem ausländischen Einwohneranteil zu erklären.

Zum Vergleich der *Schulabschlüsse* liegt die Untersuchung von Grande et al. (2001) vor. Hier hatten 30,6% Abitur, 36,7% mittlere Reife, 20,4% Hauptschulabschluss und



22,3% keinen Schulabschluss. In unserer Studie hatten ähnlich viele (35,5%) Abitur, deutlich weniger (18,4%) mittlere Reife und die meisten (39,5%) Haupt-/Volksschulabschluss. Mit Blick auf die berufliche Situation der Patienten bilden bei Grande die in Ausbildung befindlichen Patienten (34,7%) den größten Anteil, wobei bei uns die meisten (47,4%) berufstätig (voll- oder teilzeitbeschäftigt), aber in Ausbildung jedoch nur sehr wenige (6,6%) waren. Dem gegenüber waren bei Grande 42,9% Beschäftigte, davon 32,7% Beamte und 10,2% einfache Arbeiter. Die Zahl derjenigen, die ohne Arbeit waren (arbeitslos oder ohne berufliche Stellung) fiel bei uns viel höher (18,4%) aus, als bei Grande (8,2%).

### 6.3 Behandlungsbezogene Daten

Bei der *Behandlungsdauer* ist zu erkennen, dass unsere Patienten mit durchschnittlich 84,5 Tagen eine längere Behandlungsdauer hatten als Patienten in vielen anderen Studien. Weber (2007) berichtet von einer durchschnittlichen Verweildauer von 54,8 Tagen, Spitzer et al (2004) sogar von 41,7 Tagen, Janssen et al. (1999) in einer zusammenfassenden Auswertung der Daten in 30 Einrichtungen von einer mittleren Verweildauer von 66,2 Tagen, wobei den Daten jedoch nicht zu entnehmen ist, welche Einrichtungen mit welcher methodischen Orientierung längere oder kürzere Verweildauern aufwiesen. Grande et al. (2001) liegt mit einer ca. 12 wöchigen (ca. 84 Tage) Behandlungsdauer nahe bei unseren Werten.

Versucht man zwischen verschiedenen therapeutischen Ansätzen zu differenzieren, stellt man fest, dass die Patienten in psychodynamisch orientierten Akutkrankenhäusern länger stationär behandelt wurden als die mit anderen Verfahren. In den vorliegenden Studien sind Angaben zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 66,8 Tagen (Junge et al. 1996) über 70 Tage (Bürgy et al. 2002) und 96,6 Tage (Bassler 1994) bis hin zu 126,6 Tagen bei Franz et al. (2000) zu finden. Letztere stellen aber klar, dass die lange stationäre Aufenthaltsdauer aufgrund konzeptueller Veränderungen nicht mehr aktuell ist und nach unten korrigiert werden muss. Im Gegensatz dazu ähneln die Daten der

psychodynamischen Rehabilitationskliniken eher den Aufenthaltsdauern der Erhebungen von Weber (2007). Schmidt (1991) errechnete ebenso wie Weber einen Mittelwert von 54,8 Tagen, Sandweg et al. (1991) sogar nur von 48 Tagen.

Hinsichtlich der Behandlungsdauer bei weiblichen und männlichen Patienten weisen die Zahlen sowohl von Schmidt (Frauen im Durchschnitt 56,2 Tage, Männer 51,9 Tage), als auch von Weber (2007) (Frauen 57,7 und Männer 51,2 Tage) im Schnitt eine etwas längere stationäre Behandlung bei Frauen aus als bei den Männern. Unsere Untersuchung zeigt ein gegenläufiges Ergebnis, wonach Frauen durchschnittlich 78,7 Tage und Männer 86,1 Tage behandelt wurden.

Die Untersuchung zur verhaltenstherapeutischen Rehabilitation von Zielke (1993) weist mit einem Mittelwert von 61,2 Tagen eine kürzere Verweildauer auf als die psychodynamischen Akutkrankenhäuser. Die Zeitspanne, die die meisten Patienten in stationärer Behandlung blieben, betrug bei Zielke rund 6 Wochen, bei Weber (2007) 6 bis 8 Wochen und in unserer Untersuchung 9 bis 12 Wochen.

Da es sich bei den Studien zur stationären psychodynamischen Psychotherapie an Akutkrankenhäusern überwiegend um Universitätskliniken handelt, können die Überlegungen von Franz et al. (2000) als Erklärungsversuch für die dortigen längeren Aufenthaltszeiten herangezogen werden. So behandeln universitäre Einrichtungen der Maximalversorgung häufig Patienten, die besonders schwer und chronifiziert erkrankt sind und eine Vielzahl vergeblicher Therapieversuche hinter sich haben. Dass sich dies in unserer Untersuchung nicht auf die Behandlungsdauer, vergleichbar der von Franz et al. (2000), auswirkte, mag vielleicht zu einem gewissen Teil an dem Eingebundensein unserer Station in die Psychiatrische Klinik liegen und daran, dass ein Bestreben besteht, sich den durchschnittlichen Liegezeiten des Hauses anzugleichen, und sog. „Langlieger“ zu vermeiden. Dadurch entsteht aber auch ein mehr oder weniger offen eingestandener Erfolgsdruck auf die Therapeuten und Patienten, wobei deutlich wird, dass die Psychiater im Bezugsrahmen überschaubarer Zeit und die Analytiker eher in Langzeitperspektiven denken (Ermann 1996).

Vergleiche hinsichtlich der verschiedenen *Zugangswege* durchzuführen, erweist sich als schwierig, da diese in der Literatur nur selten erfasst bzw. ausgewiesen werden. Lediglich Bürgy et al. (2002) schlüsseln die diversen Zugangswege der Psychotherapiestation der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg auf, verwenden dafür aber

andere Kategorien als wir. So kommt der überwiegende Teil (46,2%) bei Bürgy et al. nach Suizidversuch oder in besonderer Krisensituation über die Aufnahmestation auf die untersuchte Station, bei Weber (2007) in 52,3% der Fälle von außerhalb bzw. ambulant und bei uns zu 30,2% aus psychiatrischer Ambulanz und ein weiterer beträchtlicher Teil von 26,3% von anderen Stationen der Psychiatrischen Klinik. Obwohl in allen drei Fällen die untersuchte Station in die Psychiatrie eingebettet ist, ist auffällig, dass bei Bürgy et al. (2002) nur 0,6% der Patienten von einer psychiatrischen Station des Hauses zuverlegt wurden, während bei Weber 30,8% und bei uns 26,3% von einer psychiatrischen Station innerhalb des Hauses kommt. Dies kann bei uns zum einen auf eine gute Kooperation zwischen Psychiatrie und Psychotherapiestation hinweisen, zum anderen aber auch zeigen, dass viele Patienten in die Psychiatrie eingewiesen werden, die eigentlich eine Psychotherapie benötigen.

Betrachtet man die *Therapieempfehlungen* für die Zeit nach der stationären Psychotherapie, so findet man als wesentliche Gemeinsamkeit, dass in den psychodynamisch orientierten Einrichtungen der Mehrzahl der Patienten eine ambulante tiefenpsychologische Psychotherapie empfohlen wurde. Die Möglichkeit oder Fähigkeit/ Motivation der Patienten an einer ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapie teilzunehmen, ist ja unter anderem ein wesentliches Therapieziel. So bestand vielfach die Indikation für eine stationäre Psychotherapie darin, dass eine ambulante Psychotherapie nicht möglich war. Junge und Ahrens (1996) berichten davon, dass fast 2/3 ihrer Patienten im Anschluss an die stationäre Therapie eine ambulante Psychotherapie begonnen haben, was etwa den Angaben (66,4%) von Weber (2007) entspricht. In unserer Studie fiel dieses Ergebnis mit 73,7% sogar noch deutlicher aus. Hierzu ist aber zu bemerken, dass die Therapieempfehlungen Vorschläge seitens der Therapeuten waren. Ob sie in der Wirklichkeit auch in Anspruch genommen werden, müsste noch katamnestisch untersucht werden. Etwas weniger Patienten (53,8%) als bei uns wurde bei Schmidt (1991) eine nachfolgende psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Bei Weimer (2001) waren es 52%, wobei allerdings nicht klar angegeben war, ob es sich tatsächlich um psychotherapeutische Behandlung gehandelt hat. Im Gegensatz zu den zitierten psychodynamisch orientierten Einrichtungen wurden bei Zielke (1993) nur 33,2% der vorwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten psychotherapeutische Folgemaßnahmen empfohlen. Ohne vereinbarte Folgemaßnahmen gingen 56,8%

der Patienten nach Hause. Dem steht ein Anteil von nur 9,3% (Weber 2007) entgegen, wobei in unserer Studie jedem Patienten von den 4 Therapiemöglichkeiten (tiefenpsychologische Psychotherapie, psychiatrische Behandlung, Verhaltenstherapie oder Entspannungstherapie) eine empfohlen wurde. Ein interessanter Unterschied zu der Untersuchung von Weber (2007) zeigt sich bei uns in der Empfehlung von psychiatrischer Behandlung bei 46,1% der Patienten. Weber erwähnt 2,8% der Patienten, die nach Beendigung der Psychotherapie auf eine psychiatrische Station verlegt wurden. Außerdem wird von Weber Verhaltenstherapie in 24,3% der Fälle und von uns in 7,9% der Fälle empfohlen. Die Tatsache, dass ein erheblicher Anteil der Patienten nach Zielke (1993) ohne vereinbarte Folgemaßnahmen nach Hause geht, kann auch bedeuten, dass bei vielen schon die stationäre Behandlung die erwünschten Effekte erbracht hat, was bei den von ihm beschriebenen verhaltenstherapeutischen Symptombesserungen häufiger der Fall war.

Hinsichtlich der *Entlassungswege* der Patienten ergeben sich zu Zielke allerdings keine großen Unterschiede. Es wurden 91,9% der Patienten regulär nach Hause entlassen, bei Weber (2007) 85% und bei uns 81,6%. Die Stichproben einiger anderer Studien enthalten nur Daten von Patienten, die ihre Therapie regulär beendet haben (z.B. Junge und Ahrens 1996). Dies muss insbesondere bei der Diskussion des Behandlungsergebnisses berücksichtigt werden. Erwähnenswert ist die vorzeitige Entlassung bei uns, sei es auf eigene Verantwortung oder durch den Therapeuten bei 11,8% der Patienten. Zur Verzahnung mit der Psychiatrischen Klinik erwähnt Weber (2007), dass 2,8% der Patienten auf die Psychiatriestation verlegt worden sind, nachdem die stationäre Psychotherapie beendet war. Bei uns waren es 3,9%. Dieser Anteil lag bei Bürgy et al. (2002) höher: 11,5% der Patienten wurden wegen Suizidalität oder massiven Selbstverletzungen auf eine geschlossene Station verlegt, weitere 3,2% auf eine andere psychiatrische Station.

Die *Verordnung von Psychopharmaka* ist ein zwiespältiger Bereich während einer Psychotherapie (Buchheim 1997). Psychopharmaka können einerseits die Durchführung der Psychotherapie erleichtern, andererseits können sie eine „schnelle Abhilfe“ schaffen und dadurch die aktive Beteiligung der Patienten an ihrem Genesungsvorgang erschweren. Auch auf unserer Station war eine Gabe von Psychopharmaka bei verhältnismäßig vielen Patienten notwendig. Entweder wurde die mitgebrachte Medikation fortgeführt

oder es wurden neue Medikamente verordnet, in manchen Fällen wurden aber auch die Medikamente abgesetzt. Weber (2007) berichtet über eine 11,9% Steigerung des Anteils von Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung, die keine Psychopharmaka eingenommen haben. In unserer Untersuchung waren es 60,5%, die psychopharmakologisch vorbehandelt worden sind. Bis zur Entlassung hatten 80,3% Psychopharmaka genommen und damit 19,8% mehr als bei der Aufnahme. Eine Erklärung dafür ist die große Zahl von Patienten, die von der Psychiatrie übernommen worden sind. 55,2% erhielten Antidepressiva, 17% Tranquillizer und 15,7% Neuroleptika. Die Mehreinnahme von Psychopharmaka bei Entlassung ist weitgehend durch Antidepressiva bedingt, die auf 67,1% gestiegen war, während die Einnahme von Tranquillizern und die von Neuroleptika auf jeweils 6,6% gesunken waren.

Es zeigt sich also auch Umstrukturierung der psychopharmakologischen Medikation. Diese Befunde unserer Studie zeigen allerdings auch eine gegenläufige Tendenz zu anderen Studien, bei denen deutlich weniger Psychopharmaka gegeben worden sind. Die Frage, ob man eine Reduktion der Medikamente im Laufe einer stationären psychotherapeutischen Behandlung als Erfolgsparameter betrachten kann, ist nur im Bezug auf das Krankheitsspektrum sinnvoll zu beantworten. Die Patienten unserer Studie wiesen im Allgemeinen schwere Störungen auf.

Die Abnahme der Psychopharmaka im Laufe der Therapie ist bei einigen Studien sogar noch stärker ausgeprägt als bei Weber (2007). Geyer et al. (2000) berichten, dass in beiden untersuchten Jahrgängen, der Psychopharmakakonsum bei den Patienten bis zur Entlassung deutlich gesenkt werden konnte: von 41% auf 13% (1986/1987) und von 52% auf 19% (1991). Von einer generellen Reduktion aller Medikamente spricht Schmidt (1991), in dessen Untersuchung die Patienten ohne Medikamentenkonsum von 9,2% im Jahr vor der Therapie auf etwa 30% ein Jahr nach der stationären Psychotherapie zugenommen hatten. Und auch bei Zielke (1993) fand sich zum Katamnesezeitpunkt eine Reduktion der Psychopharmaka von 43,4% verglichen mit dem Jahr vor der stationären Behandlung. Lediglich bei Bassler (1994) trat mit Ausnahme der Tranquillizer, deren Anwendung deutlich gesenkt werden konnte, keine nennenswerte Reduzierung während der stationären Psychotherapie ein.

## 6.4 Krankheitsbezogene Daten

Im Folgenden sollen die *Diagnosen* in der Literatur untersucht werden. Dabei stößt man auf die Schwierigkeit einer stark voneinander abweichenden Klassifikation. Insofern ist ein direkter Vergleich oft nicht möglich, oder der Versuch ist mit Vorsicht zu betrachten. Die Einteilung der Haupt- und Nebendiagnosen in der vorliegenden Arbeit und in der Arbeit von Weber (2007) entspricht dem Vorschlag vom Janssen et al. (1999). Dadurch wird allerdings der Vergleich der Diagnosen noch weiter erschwert, weil die Studien teilweise zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterscheiden, teilweise aber alle Diagnosen ohne Unterteilung angeben.

Die von den meisten Untersuchungen beschriebenen *Hauptdiagnosen* sind Symptomneurosen bzw. Psychoneurosen. Dies ist sowohl bei psychodynamisch orientierten Krankenhäusern der Akutversorgung, als auch bei psychodynamisch orientierten Rehabilitationseinrichtungen der Fall. Die Untersuchungen von Bassler (1994), Junge und Ahrens (1996) und Franz et al. (2000) aus jeweils psychodynamisch orientierten Krankenhäusern, nennen diese Diagnose in rund 50% der Fälle. In den Studien aus Rehabilitationskliniken (Sandweg et al. 1991, Schmidt 1991) werden Psychoneurosen ebenfalls am häufigsten ausgewiesen, wobei dieser hohe Anteil beispielsweise bei Schmidt (1991) überwiegend durch depressive Störungen zustande kommt.

Auch in der Studie von Weber (2007) hatte sich für die Symptomneurosen ein Anteil von 43,9% ergeben, in der vorliegenden Untersuchung waren es 92% mit neurotischen Störungen, wovon 59,2% (n = 45) Psychoneurosen waren. Sie waren auch bei unserer Patienten Klientel die am häufigsten diagnostizierte Störung. Die deutlichste Abweichung von dieser Statistik zeigt die Untersuchung von Bürgy et al. (2002), obwohl sie hinsichtlich des Behandlungskonzeptes und des stationären Settings unserer Station sehr ähnlich ist. Es handelt sich ebenfalls um ein integratives Behandlungsmodell einer Psychotherapiestation innerhalb einer Psychiatrischen Universitätsklinik. Psychoneurosen wurden dort bei weniger als fünf Prozent der Patienten festgestellt, Persönlichkeitsstörungen hingegen bei knapp 80% im Gegensatz zu 22,4% bei Weber (2007) und zu uns mit 32,9%. Auch hier macht sich die Schwierigkeit der verschiedenen Klassifikationen bzw. Einteilungen der Diagnosen bemerkbar. So kommen in unserer Untersu-

chung Persönlichkeitsstörungen bei den Hauptdiagnosen nach ICD-10 in 18,4% der Fälle vor, während unter neurosenpsychologischer Betrachtungsweise eine höhere Anzahl von Persönlichkeitsstörungen angegeben wird. Dass der Anteil an Persönlichkeitsstörungen bei Bürgy et al. (2002) so hoch ist, mag in der Vorauswahl der Patienten liegen, weil das dortige integrative Modell vor allem als optimal für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen angesehen wird. Nach Bürgy trägt diese Therapie den Beziehungsdimensionen viel eher Rechnung durch die Integration intrapsychischer und interpersoneller Konflikte und Abwehr, als dies mit einem am Symptom orientierten störungsspezifischen Behandlungsmodell möglich ist. Bürgy et al. sahen gerade durch die Nähe zur Psychiatrie eine Chance in der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen und setzten deswegen einen Schwerpunkt in diese Richtung, was sich dann in der Diagnosehäufigkeit widerspiegelt.

Die restlichen Studien, die auf Persönlichkeitsstörungen eingehen, weisen ähnliche Anteile wie unsere Untersuchung auf (ca. 25% der Patienten bei Franz et al. 2000). Sehr geringe Anteile finden sich bei Geyer et al. (2000) oder werden nicht im Rahmen der Hauptdiagnosen, sondern gesondert erfasst (Bassler 1994, Spitzer et al 2004). In der Untersuchung von Grande et al. (2001) wird eine differenziertere Diagnosenstellung als bei anderen Autoren vorgenommen. Es wurden am häufigsten (36,7%) depressive Störungen festgestellt, 48,9% hatten eine Persönlichkeitsstörung.

Bei den *anderen Diagnosen* sind erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Untersuchungen zu erkennen. Beispielsweise ist es bei den somatoformen Störungen so, dass ihr Anteil – wenn überhaupt diagnostiziert – zwischen 0,65% (Bürgy et al. 2002) und 35% (Junge et al. 1996) schwankt. In der Arbeit von Spitzer et al (2004) liegt er bei 4,9%, in der von Weber (2007) bei 13,1%, in der von Grande et al. (2001) bei 28,6% und in der vorliegenden Arbeit bei 3,9%. In den Studien mit einem ausgeprägten Anteil an somatoformen Störungen sind diese durch einen hohen Prozentsatz an funktionellen Schmerzen bedingt. Manche Abteilungen legen auch den Schwerpunkt ihrer Behandlung auf Patienten mit derartigen Beschwerden (Junge und Ahrens 1996).

Weber (2007) weist darauf hin, dass 34,6% der Patienten bei den *Symptomdiagnosen* an psychosomatischen Störungen leidet, dass dies aber nicht den Grund darstellt, weswegen sich die Patienten zur Behandlung auf der Station befinden. In der Studie von

Weber (2007) werden Psychosomatosen bei den Hauptdiagnosen mit 3,7%, in unserer Untersuchung mit 2,6% angegeben, wobei wahrscheinlich kein bewiesener Zusammenhang zwischen somatischem Leidensdruck und psychischen Beschwerden bestehen. Die Studie von Grande et al. (2001) erwähnt die diagnostische Kategorie der Psychosomatosen gar nicht. Ein ähnlich geringer Anteil ist in den übrigen Studien neueren Datums festzustellen, so dass festgehalten werden muss, dass die Störungsbilder, die ursprünglich das Fachgebiet der psychosomatischen Medizin ausgezeichnet haben, mittlerweile nur noch äußerst selten in psychosomatischen Fachabteilungen zu finden sind. In älteren Studien ist hingegen häufig ein höherer Anteil zu finden (Senf 1986).

Ein Grund für diese Veränderung mag darin bestehen, dass die „klassischen“ Psychosomatosen, d.h. z.B. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa und rheumatoide Arthritis, mittlerweile überwiegend internistisch behandelt werden und sich die Patienten daher selten zur Behandlung im psychotherapeutischen Bereich einfinden (Seidl und Ermann 2001). Vielleicht ist auch die konsiliardienstliche Leistung für den Bereich der psychosomatischen Erkrankungen innerhalb der einzelnen internistischen Kliniken weiterentwickelt worden oder möglicherweise werden die „typisch“ psychosomatischen Erkrankungen von vielen Behandlern gar nicht als solche angesehen, oder es wird von den Patienten eine solche „Einstufung“ abgelehnt.

Der Anteil von Patienten, bei denen auch eine *somatische Diagnose* gestellt wurde, lag bei uns bei 18,4%, bei Weber (2007) bei 34,6%. Somatische Diagnose wurde in den anderen Studien nicht thematisiert, außer bei Zielke (1993) im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Rehabilitation, bei der eine zusätzliche somatische Diagnose bei erheblich mehr Patienten, nämlich bei 88,5% gefunden wurde.

Wegen der unterschiedlichen Stichprobengröße und den schon erwähnten Schwierigkeiten der diagnostischen Zuordnung sind die Vergleiche der verschiedenen Studien kritisch zu betrachten.

Es ist interessant, einmal an zwei konkreten Beispielen die Unterschiedlichkeit der Diagnose – Kategorien und das Fehlen von „einheitlichen“ bzw. „Standard“ – Einteilungen festzuhalten. Sogar innerhalb der gleichen Station einer Klinik, wie bei der Studie von Weber (2007) und unserer Studie, sind Abweichungen festzustellen. Weber erwähnt bei den Hauptdiagnosen 6 Kategorien: Symptomneurose, Persönlichkeitsstö-



rung, Posttraumatische Störung, Verhaltensstörung, reaktive Störung, somatoforme Störung und sonstige Störungen und bildet außerdem eine Gruppe für Nebendiagnosen und Symptomdiagnosen. Bei unserer Untersuchung wurden klinisch zwischen Hauptdiagnose, zweiter, dritter und somatischer Diagnose unterschieden, außerdem wurden Diagnosen nach neurosenpsychologischen Gesichtspunkten erhoben. Die Hauptdiagnosen umfassten die folgenden 9 Kategorien: depressive Störungen, Persönlichkeitsstörung, Belastungs-/Anpassungsstörung, dissoziative Störung, Angststörung, somatoforme Störung, Verhaltensstörung, Schizophrenie/schizoaffektive Störung und Zwangsstörungen (Ermann 2004a, 2004b).

## 6.5 Behandlungsergebnisse

Insgesamt können unsere Untersuchungen die Wirksamkeit stationärer analytischer Psychotherapie bestätigen. Im Interesse der größeren Objektivität haben wir im Unterschied zur Literatur drei Erfolgsparameter in die Auswertung einbezogen, den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), das Global Assessment of Functioning Scale (GAF) und die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS). Rechnet man anhand dieser Methoden den Anteil der Patienten, die sich gebessert haben, so waren es nach dem BSS 92,1%, ( $n = 76$ ), nach dem GAF 78,9% ( $n = 76$ ) und nach der HUS 86,1% ( $n = 72$ ). Das bedeutet eine relative Einheitlichkeit der Aussagen der drei Erfolgsparameter und überhaupt in diesem Ausmaß einen bemerkenswerten Erfolg.

Auch Weber (2007) berichtet bei 88,8% über eine Besserung. Sowohl dieses Ergebnis, als auch unseres liegt in einem höheren Bereich als die Ergebnisse aus der Literatur. Ähnliche Ergebnisse allerdings haben Junge und Ahrens (1996) beschrieben mit einer Verbesserung bei etwa 85%. Im Gegensatz zu unserer Arbeit wurden von den beiden Autoren allerdings nur die Patienten evaluiert, welche die stationäre Therapie regulär beendet haben, so dass davon auszugehen ist, dass die Erfolgsquote aller Patienten niedriger liegt. In der Studie über psychodynamisch orientierte Rehabilitation von Schmidt (1991) beurteilten zum Entlassungszeitpunkt 88,4% der Patienten das Behandlungsergebnis als gut oder zufriedenstellend. Bei Zielke (1993) wird der Zustand nach

einer verhaltenstherapeutischen Rehabilitation von 90,5% als gebessert bewertet. Grande et al. (2001) verzeichnet eine Besserung in 87% der Fälle. Die Ergebnisse der anderen Studien liegen unter diesen Werten. Spitzer et al. unterscheiden zwischen gut-, mäßig- und geringstrukturierten Patienten. So wird die Behandlung von 97% der gut-, 69% der mäßig-, und 25% der geringstrukturierten Patienten als gewinnbringend eingestuft. Ein Vergleich der Ergebnisse ist aber zu schwierig, weil die Erfolgskriterien stark variieren. Hinzukommt noch die Diskrepanz zwischen Patienten- und Therapeuteinschätzung. In manchen Studien wurde daher versucht, mittels standardisierten Fragebögen (z.B. SCL-90-R) eine größere Einheitlichkeit zu erreichen.

Die statistische Untersuchung der verschiedenen möglichen Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis (BSS als Erfolgsparameter) zeigte wider unserer Erwartung keinen Zusammenhang zwischen Einflussfaktor und Behandlungsergebnis. Hinsichtlich des Alters, der Nationalität, der Strukturdiagnosen, der Krankheitsdauer oder der Behandlungsdauer konnte keine Korrelation mit dem Behandlungsergebnis festgestellt werden. Allein beim Geschlecht zeigte sich, dass Männer von der Behandlung mehr profitierten als Frauen. In der Literatur finden wir bei Weber (2007) ein gegenläufiges Ergebnis. Bei ihm kamen 90% der Frauen und 87,3% der Männer zu einer Verbesserung. Franz et al. (2000) hatten ebenfalls bei 57% der weiblichen und bei 53% der männlichen Patienten eine Besserung festgestellt. Hinsichtlich der Effektstärke im GSI zeigte sich bei ihnen aber, dass diese vom Geschlecht der Patienten kaum beeinflusst wurde. Schmidt (1991) hat festgestellt, dass die männlichen Patienten die stationäre psychodynamische Rehabilitation nach einem Katamnesezeitraum von einem Jahr positiver beurteilten. Schmidt hält aber auch fest, dass sich weder bei der Zufriedenheit mit der Behandlung noch bei der Einschätzung des Nutzens bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede finden lassen.

Bei der Frage nach dem Alter stellten Junge und Ahrens (1996) fest, dass die Patienten deren Therapieerfolg von den Behandlern als unverändert oder verschlechtert eingeschätzt worden war, durchschnittlich jünger waren. Auch Weber (2007) berichtet im Zusammenhang mit einer Verschlechterung des Zustandes eher über Jüngere und mit

verbessertem oder konstantem Zustand über Ältere. Franz et al. (2002) machten die Beobachtung, dass jüngere Patienten (20 bis 29 Jahre) ein besseres Therapieergebnis erzielten als ältere Patienten (über 60). Einen Vorteil für jüngere Patienten sieht auch Schmidt (1991). In seiner Untersuchung betrachteten sich 78% der unter 30-jährigen zum Katamnesezeitpunkt als „teilweise gebessert“, wohingegen dies nur 64,1% der über 40-jährigen taten. Bei dem Autor erwies sich das Lebensalter als bedeutsames Korrelat des katamnestischen Gesamtbildes. Auch Bassler (1994) bezeichnet junges Alter als prognostischen Vorteil.

Die Dauer des stationären Aufenthaltes erwies sich bei Weber (2007) am günstigsten in einem Zeitraum zwischen 8 bis 14 Wochen, wobei die besten Ergebnisse zwischen 10 und 12 Wochen erreicht werden konnten. Bassler (1994) bemerkte in seiner Studie, dass sich eine mittlere Behandlungsdauer von 3 Monaten bewährt hat. In unserer Untersuchung ergaben sich die besten Ergebnisse bei Aufenthaltsdauern zwischen 85 bis 112 Tagen, entsprechend einer Behandlungsdauer von über 3 Monate. Eine weitere Verlängerung des Aufenthaltes brachte allerdings keine lineare Verbesserung der Beeinträchtigung. Franz et al. (2000) können keinen linearen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieeffekt belegen, stellen aber gleichzeitig eine eher geringe Wirkung bei weniger als 50 und mehr als 200 Tagen fest. Schmidt (1991) weist einen Zeitraum zwischen 6 bis 8 Wochen als den für die Behandlung geeigneten aus. Sein Ergebnis widerspricht aber den meisten anderer Studien.

Interessant ist der Vergleich zwischen einigen Ergebnissen der Arbeit von Weber (2007) und unserer Untersuchung, da beides Mal die gleiche Station derselben Klinik untersucht worden ist, aber in einem Abstand von 2 Jahren. Bei Weber war die Station gerade eröffnet worden.

Bei unserer Studie lag der Frauenanteil mit 42,1% deutlich niedriger als bei Weber mit 56,1%. Der Ausländeranteil lag bei Weber mit 16,8% etwas höher als bei uns (13,1%). Wir konnten bei unseren Patienten eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 84,5 Tage beobachten, diese lag bei Weber mit 54,8 Tagen deutlich niedriger. Es ist also eine deutliche Verlängerung der Aufenthaltsdauer zu beobachten. Die Zeitspanne, in der die

meisten Patienten in stationärer Behandlung geblieben sind betrug bei Weber 6 bis 8 Wochen, wobei bei uns 9 bis 12 Wochen. Auch die Behandlungsdauer von Männern und Frauen zeigt ein gegenläufiges Ergebnis, bei uns wurden Frauen kürzer (78,7 Tage) als Männer (86,1 Tage) behandelt, bei Weber waren es umgekehrt bei Frauen 57,7 Tage und bei Männern 51,2 Tage. Bei uns haben die Therapeuten in 73,7% der Fälle nach Entlassung eine Weiterbehandlung in Form einer ambulanten Psychotherapie empfohlen, bei Weber in 66,4% der Fälle. Eine verhaltenstherapeutische Weiterbehandlung wird von Weber in 24,3% der Fälle, bei uns in 7,9% der Fälle empfohlen. Außerdem wurden 46,1% eine psychiatrische Behandlung empfohlen, bei Weber keinem.

Die Verordnung von Psychopharmaka entwickelte sich bei Weber bis zur Entlassung der Patienten so, dass 11,9% keine Psychopharmaka mehr nehmen mussten. Dagegen waren es bei uns bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme 19,8% mehr, die psychopharmakologisch behandelt werden mussten, wohl wegen der hohen Anzahl an von der Psychiatrie übernommenen Patienten. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung wurde bei Weber in 22,4%, bei uns in 32,9% der Fälle gestellt. Somatoforme Störungen wurden bei Weber in 13,1% der Fälle gefunden, bei uns nur in 3,9% der Fälle. Die Patienten mit somatischer Diagnose machten bei uns 18,4% und bei Weber 34,6% aus.

## 7 Zusammenfassung

Das mangelhafte Vorliegen empirischer Untersuchungen über Ergebnisse therapeutischer Prozesse u.a. im Rahmen stationärer Psychotherapie und über Erfassen struktureller Veränderungen durch die Bearbeitung von Konflikten und ich-strukturellen Defiziten auf Patientenebene, die eine verlässliche Aussage über die stationäre Behandlung erlauben könnten, haben diese Studie hervorgebracht. Ziel der durchgeführten Untersuchung war daher die Behandlungseffekte mit Hilfe mehrerer Parameter (BSS, GAF, HUS) zu beurteilen und möglichst objektiv darzustellen.

Hierfür wurden zum einen 76 Patienten der Station für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der LMU - München, die sich vom 15.4.2003 bis zum 20.2.2005 in Behandlung befanden, mittels Fragebogen über ihre Befindlichkeit befragt, zum anderen das therapeutische Team angehalten, Fragebogen u.a. zur strukturellen Veränderungen ihrer Patienten auszufüllen. Die Befragung betraf sowohl die Aufnahme- als auch die Entlassungssituation. Die Patienten mussten allgemeine soziodemographische Daten angeben, den Beeinträchtigungs-Schwere-Score, SCL-90-R ausfüllen und das therapeutische Team neben allgemeinen Fragen zum Zugang oder Medikation, den Beeinträchtigungs-Schwere-Score, das Global Assessment of Functioning Scale und die Heidelberger Umstrukturierungsskala ausfüllen.

Bei den Behandlungsergebnissen fanden sich im BSS in allen Skalen sowie in der Gesamtscore eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigung zwischen Aufnahme und Entlassung. Im GAF lagen die Patienten im Durchschnitt bei Aufnahme mit einem Wert von 40 im Bereich einer starken Beeinträchtigung und bei Entlassung mit einem Wert von 60 im Bereich einer mäßig ausgeprägten Störung. In der HUS wurden insgesamt bei den vier Behandlungsfoki die Abhängigkeit/Autonomie (k1), Selbstwertkonflikte (k4), Impulssteuerung (st23) und Unterwerfung/Kontrolle (k2) am häufigsten genannt. Bei den Behandlungsfoki bei der Aufnahme kam am häufigsten die Stufe 2 entsprechend einer ungewollten Beschäftigung mit dem Fokus vor, gefolgt von der Stufe 3 entsprechend einer vagen Fokuswahrnehmung. Bei *Entlassung* ergaben sich im Bezug auf die Foki am häufigsten Stufe 4 entsprechend einer Anerkennung und Erkundung des Problems und Stufe 3 entsprechend einer vagen Fokuswahrnehmung.

Im Vergleich der drei verschiedenen Parameter ergab sich eine positive Veränderung im *Gesamtscore des BSS* bei 70 Patienten (92,1%), durchschnittlich um 3,2 Punkte. Im *GAF* hatten 60 Patienten (78,9% des Gesamtkollektivs von n = 76) eine Verbesserung ihrer Werte. In der *HUS* hatten sich 62 Patienten (86,1% der Stichprobe von n = 72) gebessert, eine „Stufenverbesserung“ von 1,4 (von 2,6 auf 4), entsprechend einem Wechsel von einer vagen Wahrnehmung zu einer Anerkennung des Problems. Positive Veränderungen in allen drei Parametern gab es also bei 55 Patienten (72,4% des Gesamtkollektivs von n = 76). Keine Veränderung im *Gesamtscore des BSS* gab es bei 5 Patienten (6,6% des Gesamtkollektivs von n=76), im *GAF* bei 12 Patienten (15,8% des Gesamtkollektivs von n = 76), meistens im mittleren bis oberen Bereich und beim *ersten Behandlungsfokus in der HUS* bei 9 Patienten (12,5% der Stichprobe von n = 72) von denen 6 unverändert auf Stufe 3 und 4 waren. Eine negative Veränderung hatte im *Gesamtscore des BSS* ein Patient (1,3%), im *GAF* 4 Patienten (5,3% des Gesamtkollektivs von n = 76) und in der *HUS* ebenfalls nur ein Patient.

Die drei Messinstrumente haben eine Übereinstimmung in ca. 72 % der Fälle. Die Unterschiede ergeben sich vielleicht dadurch, dass verschiedene Merkmale durch die Instrumente erfasst werden. Die drei Erfolgsparameter könnten als Ergänzung zu einander verwendet werden.

Diese Untersuchung bedarf einer Bestätigung mittels weiterer Studien mit prospektivem Ansatz und größerer Stichprobenzahl.

## 8 Literaturverzeichnis

1. Aktuelle Informationen aus der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Diskussion um die Krankenhausplanung, (2003) *Z Psychosom Med Psychother* 50: 107-116
2. Arbeitskreis OPD (Hrg) (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, 1. Aufl.
3. Bassler M (1994) Evaluation der differentiellen Wirkung von psycho-analytisch fundierter stationärer Psychotherapie. Habilitationsschrift, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
4. Bassler M, Hoffmann SO (1994) Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39: 174-176
5. Becker H, Senf W (1988) Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart, Thieme
6. Bergin AE, Garfield SL (1994) (eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th edn. Wiley, New York
7. Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojektes. In: Lang H (Hrg) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Berlin, Springer 189-208
8. Buchheim P (Hrg) (1997) Psychotherapie und Psychopharmaka. Störungsorientierte Behandlungsansätze – kombinierte Therapie. Stuttgart, Schattauer
9. Bürgy M, Barnett W, Mundt Ch (2002) Stationäre psychodynamische Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. *Fundamenta Psychiatrica* 16: 101-110
10. Ermann M (1988) Die stationäre Langzeitpsychotherapie als psychoanalytischer Prozess. In: Schepank H, Tress W (Hrg) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin, Heidelberg, New York, Springer

11. Ermann M (1996) Als Psychoanalytiker in einer Psychiatrischen Klinik. In: Möller HJ, Kapfhammer HP (Hrg): Interaktion von medikamentöser und psychosozialer Therapie in der Psychiatrie. Linz, Pro Mente, 70-79
12. Ermann M (1999) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin: ein Manual auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer 3. Aufl.
13. Ermann M, Feidel R, Waldvogel B (2001) Behandlungserfolge in der psychotherapie. Neuere Ergebnisstudien und ihre Güte. Stuttgart, Kohlhammer
14. Ermann M (2003) Behandlungskonzept und Funktionen, Psychotherapiestation B-1b, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München, stationsinterne Schrift
15. Ermann (2004a) Diagnostik in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München, stationsinterne Schrift
16. Ermann M (2004b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Stuttgart, Kohlhammer, 4. Aufl.
17. Ermann M, Frick E, Kinzel Ch, Seidl O (2006) Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie. Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigenstudium. Stuttgart, Kohlhammer, 1. Aufl.
18. Fahrenberg J (1987) Multimodale Diagnostik – eine Einleitung. Diagnostica 33: 185-187
19. Fichter M, Witzke W, Weyerer S, Meller I, Rehm J, Dilling H, Hippus H (1990) Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung. In Schmidt MH (Hrg) Fortschritte der psychiatrischen Epidemiologie. Weinheim VCH-Verlagsgesellschaft, 91-116
20. Franke GH (2002) Die Symptom-Checkliste, SCL-90-R von L. R. Derogatis – Deutsches Manual. Göttingen, Beltz-Test GmbH
21. Franz M, Janssen P, Lense H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G (2000a) Effekte stationärer psychoanalytisch



- orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. Zsch. Psychosom. Med. 46: 242-258
22. Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hrg) (2000b): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Wien, Springer
23. Geyer M, Reihs RG (2000) Zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie – Ergebnisse einer Langzeit - Katamnesestudie. In: Tress, Wöller, Horn (Hrg) Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt, VAS-Verlag, 12-29
24. Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Jakobsen Th (2001) Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik – Wirkungen stationärer Psychotherapie im Lichte der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Z Psychosom Med Psychother 47: 213-233
25. Grande T (2004) Das gesunde Ich. Versuch einer aktuellen Grenzziehung zwischen Saluto- und Pathogenese. Gehalten vor der NGaT in Malente.
26. Hess H (1993) Ergebnisse aus der Klinik Hirschgarten. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 29: 253-258
27. Heuft G, Senf W, Janssen PL, Lamprecht F (1995) Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. PPmP 45: 303-309
28. Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart, Thieme
29. Heuft G, Jakobsen Th, Kriebel R, Schneider W, Rudolf G (2005) Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. Z Psychosom Med. Psychother 51: 261-276
30. Horowitz LM, Leonard M (2000) Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version. Göttingen, Beltz Test
31. Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W (Hrg) (1999) Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart, Schattauer

32. Junge A, Ahrens S (1996) Stationäre psychosomatische Behandlung – Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychother Psychosom med Psychol* 46: 430-437
33. Koch U, Potreck-Rose F (1994) Stationäre psychosomatische Rehabilitation – Ein Versorgungssystem in der Diskussion. In: Strauss B, Meyer AE (Hrg) *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Stuttgart, Schattauer, 193-212
34. Kordy H, v Rad M, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg follow-up project. *Psychother. Psychosom.* 40: 211-227
35. Kriebel R, Noack N, Paar G (1993) Ergebnisse aus der Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Geldern Gruppenpsychother. *Gruppendyn.* 29: 275-280
36. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE (1986) The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3. edition. pp. 157-212, New York, Wiley
37. Lamprecht F, Schmidt J, Bernhard P (1987) Stationäre Psychotherapie: Kurz- und Langzeiteffekte. In: Quint H et al. (Hrg) *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin*. Berlin, Springer, 149-155
38. Lange C, Heuft G (2002) Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). *Z psychosom Med Psychother* 48: 256-269
39. Leichsenring F, Rüger U (2004) Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard. *Z Psychosom med Psychother* 50: 203-217
40. Liedtke R, Reimer I, Künsebeck HW (1993) Ergebnisse aus der Abteilung Psychosomatik der Medizinischen Hochschule Hannover. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 29: 249-253

41. Meyer AE, Richter R, Grawe K, v.d.Schulenburg JM, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
42. Muhs A (1993) Ergebnisse aus der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit. Gruppenpsychother Gruppendynamik 29: 259-270
43. Nospert M (1999) Evaluation stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Eine empirische Studie zur Ergebnis- und Prozessqualität von Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Dissertation, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
44. Paar G, Kriebel R (1998) Stationäre Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Psychotherapeut 43: 310-315
45. Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Die Berliner Psychotherapiestudie: Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen therapeutischen Praxisfeldern. Z Psychosom Med 34: 2-18
46. Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (2000a) Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. Psychotherapeut 45: 237-246
47. Rudolf G (2000b) Ergebnisse von Prozeß-Outcome-Forschung in der stationären Psychotherapie. In: Tress, Wöller, Horn (Hrsg): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus –State of the Art. Frankfurt, VAS-Verlag, 30-44
48. Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobsen Th, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C und Stehle S (2004a) Die Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie (PAL). Manuskript in Vorbereitung, Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg.
49. Rudolf G, Jakobsen Th, Micka R, Schumann E (2004b) Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 50: 37-52
50. Sandweg R, Sängler-Alt C, Rudolf G (1991) Erfolge in der stationären Psychotherapie – Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. Öff. Gesundh.-Wes. 53: 801-809

51. Schepank H (1987) Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Soziokulturelle Determinanten, Entwicklungsstufen und Ist-Zustand, internationaler Vergleich. *Zschr Psychosom Med* 33: 363-387
52. Schepank H (1990) Die stationäre Psychotherapie. *Zschr Psychosom Med Psychoanal* 36: 152-156
53. Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychischen Erkrankung. Göttingen, Beltz Test
54. Schepank H, Tress W (1988) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin Heidelberg New York, Springer
55. Schmidt J (1991) Evaluation einer Psychosomatischen Klinik. Frankfurt, VAS-Verlag
56. Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für klinische Psychologie* 22: 374-393
57. Seidenstücker G, Baumann U (1978) Multimethodale Diagnostik. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrg.) *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bd.1. Bern, Huber, 134-182
58. Seidl O, Ermann M (2001) Die Psychosomatik in der Psychiatrischen Klinik der LMU. In: Klußmann R, Gross M, Kuse-Isingschulte M (Hrg) *Perspektiven einer integrierten psychosomatischen Medizin*. Sternenfels, Verlag Wissenschaft & Praxis, 61-74
59. Seidl O, Ermann M (2003) Die Klinik als psychoanalytischer Raum –Spezifika der stationären analytischen Psychotherapie. In: Gerlach A, Schlösser A, Springer A (Hrg) *Psychoanalyse mit und ohne Couch: Haltung und Methode*. Gießen, Psychosozial-Verlag, 180-193
60. Senf W (1986) Behandlungsergebnisse bei 111 Patienten mit stationär-ambulanter psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Heimann H, Gaertner HJ (Hrg) *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Berlin Heidelberg New York, Springer, 329-336

61. Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger H.J. (2004) Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonalen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 70-85
62. Stiles WB, Meshot CM, Anderson TM, Sloan WW Jr (1992) Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychother Res* 2: 81-101
63. Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie – Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44: 184-192
64. Tress W, Hartkamp N (2000) Different Perspectives auf den Prozess in stationärer Psychotherapie. *Zschr. Psychosom. Med.* 46: 166-179
65. Weber (2007) Stationäre psychoanalytische Psychotherapie in der Psychiatrie – Patienten, Diagnosen und Ergebnisse. Dissertation, LMU München
66. Weimer S (2001) Wie effektiv ist stationäre Psychotherapie? In: Vogel RT (Hrg) *Die Psychotherapiestation. Praxis und Forschung in der stationären Psychotherapie eines psychiatrischen Versorgungskrankenhauses*. Gießen, Psychosozial-Verlag, 177-184
67. Wöller W, Hartkamp N, Bergstein V, Horn E, Kruse J (2000) Therapeutische Arbeitsbeziehungen in der stationären Psychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hrg) *Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art*. Frankfurt, VAS-Verlag, 69-79
68. Zielke M (1993) *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim, Psychologie Verlags-Union

## 9 Anhang

-Klinikum der Universität München  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie - Innenstadt  
Direktor: Prof. Dr. H.-J. Möller  
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik  
Leitung: Prof. Dr. M. Ermann  
Psychotherapiestation B-1b

\_\_\_\_\_  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Nullbaumeistr. 7, 80336 München  
Tel. 089 / 5160 - 3357

### PATIENTENINFORMATION ZUR STUDIE

#### Evaluation der Diagnostik und Behandlungen auf unserer Psychotherapiestation B – 1b

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit dieser Studie werden die Diagnostik und Behandlung der verschiedenen Krankheiten auf unserer Psychotherapiestation untersucht.

Zu diesem Zweck werden Fragebögen verwendet, die Auskunft über Symptome, Persönlichkeitsmerkmale und Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Klinik geben. Auch Ihr behandelnder Arzt wird zu Ihren Diagnosen und Beeinträchtigungen befragt.

Wir möchten Sie bitten, sich an dieser Studie zu beteiligen und sich zu Beginn und am Ende Ihres Aufenthaltes eine Stunde Zeit zu nehmen, um die Fragebögen auszufüllen.

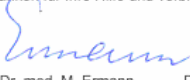
Durch die Untersuchungsergebnisse soll die Qualität der Behandlung gesichert werden. Selbst wenn Sie nicht unmittelbar von den Ergebnissen profitieren werden, so kommen die Ergebnisse doch anderen Patientinnen und Patienten zugute.


**Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgt anonymisiert und unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzrichtlinien.** Das bedeutet, dass die erhobenen Daten in verschlüsselter Form bearbeitet werden, so dass kein Rückschluss von Daten auf Ihre Person möglich ist.

Alle an der Studie beteiligten Personen unterliegen außerdem selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass sich daraus irgendwelche Auswirkungen für Ihre Behandlung ergeben.

Wir danken für Ihre Hilfe und verbleiben mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. med. M. Ermann  
Leiter der Abteilung

  
Dr. med. O. Seidl  
Oberarzt

  
A. Hub  
Doktorandin

  
E. Czopf  
Doktorandin

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie**

**Ergebnisse stationärer Psychotherapie unter besonderer  
Berücksichtigung traumatischer Störungen**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aufgeklärt von: \_\_\_\_\_

1. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
2. Ich wurde über Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, meine aufkommenden Fragen zu meiner Zufriedenheit zu klären, auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Fragen.
3. Meine Teilnahme ist völlig freiwillig und ich kann meine Einwilligung jederzeit zurückziehen, ohne dass dies Auswirkungen auf meine weitere Behandlung haben wird.
4. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Krankheitsdaten einverstanden. Ich habe verstanden, dass die Auswertung anonymisiert erfolgt und die Datenschutzbestimmungen strikt eingehalten werden. Ich bin daher einverstanden, dass diese Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.
5. Eine Kopie der Patienteninformation und der Patienteneinwilligung wurde mir ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeiters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

**Anhang 2: Einwilligungserklärung, Bedingung zur Teilnahme an der Studie**

<b>Codenummer / Name:</b> ..... <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <b>Bildungsstand:</b> <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt <b>Alter:</b> ..... <b>Datum:</b> .....	SCL- 90-R
---	--------------

<b>Anleitung</b> Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in <b>den letzten sieben Tagen</b> durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. <b>Bitte beantworten Sie jede Frage!</b>	<b>Beispiel:</b> Frage: Wie sehr litt Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?  Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen <b>4</b> = „sehr stark“ an.  Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
--	--

Wie sehr litt Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	Wie sehr litt Sie in den letzten sieben Tagen unter...?
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>überhaupt nicht</span> <span>ein wenig</span> <span>mäßig</span> <span>sehr stark</span> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> <span>überhaupt nicht</span> <span>ein wenig</span> <span>mäßig</span> <span>sehr stark</span> </div>
1. Kopfschmerzen	21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht
2. Nervosität oder innerem Zittern	22. der Befürchtung, ertappt oder erwisch zu werden
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	27. Kreuzschmerzen
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen
9. Gedächtnisschwierigkeiten	29. Einsamkeitsgefühlen
10. Beunruhigung wegen Achtsamkeit und Nachlässigkeit	30. Schwerkmut
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen
12. Herz- und Brustschmerzen	32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	33. Furchtsamkeit
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind
17. Zittern	37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist
19. schlechtem Appetit	39. Herzklopfen oder Herzjagen
20. Neigung zum Weinen	40. Übelkeit oder Magenverstopfung



# SCL-90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen					011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)					011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden					011234
44. Einschlafschwierigkeiten					011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu-kontrollieren, was Sie tun					011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden					011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug					011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen					011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern					011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden					011234
51. Leere im Kopf					011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben					011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft					011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten					011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregter zu sein					011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen					011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben					011234
60. dem Drang, sich zu überlassen					011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden					011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind					011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen					011234
64. frühem Erwachen am Morgen					011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen					011234
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf					011234
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					011234
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen					011234
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen					011234
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino					011234
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist					011234
72. Schreck- und Panikanfällen					011234
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit					011234
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten					011234
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden					011234
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					011234
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					011234
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können					011234
79. dem Gefühl, wertlos zu sein					011234
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird					011234
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen					011234
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen					011234
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					011234
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind					011234
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					011234
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen					011234
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist					011234
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können					011234
89. Schuldgefühlen					011234
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					011234

© by Beltz Test GmbH, Göttingen - Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, Nachgebung und Satz: *Alle Rechte vorbehalten* sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien verboten. Best.-Nr. 0421903

## Anhang 4: SCL-90-R Fragebogen, ausgefüllt von den Patienten bei der Aufnahme und Entlassung,

Stufen		Auszug aus dem Manual
<b>1.</b> <i>Abwehr/Nichtwahrnehmung des Fokus</i>	stimmt	Die Schwierigkeit ist völlig unbewußt; Erfahrungen, die mit ihr in Verbindung stehen, werden vermieden; problematisches Verhalten ist ich-synton; es gibt bezogen auf den kritischen Bereich für den Patienten „kein Problem“
	1	
	genau	
	1+	
	Tendenz↓	
<b>2.</b> <i>Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusbereich</i>	Tendenz↑	Unangenehme Empfindungen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Problembe- reich können nicht mehr sofort abgewiesen werden; Beschäftigung mit dem Fokusproblem erfolgt aber nur gezwungenermaßen; äußere Konfrontationen mit dem Problem, die jedoch als Störung abgewiesen werden; keine Einsicht, daß die Schwierigkeiten mit der eigenen Person zu tun haben könnten
	2-	
	stimmt	
	2	
	genau	
	2+	
<b>3.</b> <i>Vage Fokuswahrnehmung</i>	Tendenz nach oben	Patient bemerkt bzw. ahnt die Existenz einer Schwierigkeit, die zu ihm gehört und nicht einfach abgewiesen werden kann; das Problem bekommt im Zuge der Wiederholungen eine kontinuierliche Existenz; negative Affekte entstehen durch die Spannung zwischen Unabweisbarkeit des Fokusproblems einerseits und einer defensiv-aversiver Haltung andererseits
	Tendenz↑	
	3-	
	stimmt	
	3	
	genau	
<b>4.</b> <i>Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs</i>	3+	Die Schwierigkeit beginnt, im Bewußtsein des Patienten eine Gestalt zu bekommen; es gibt Ansätze zu einer aktiven, offensiven Beschäftigung damit; das Problem kann als Aufgabe formuliert und damit zum Gegenstand einer therapeutischen Arbeit gemacht werden; destruktive und abwehrende Bewegungen können diese Haltung unterbrechen, sie jedoch nicht aufheben
	Tendenz↓	
	Tendenz↑	
	4-	
	stimmt	
	4	
<b>5.</b> <i>Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich</i>	genau	Infragestellung und Auflösung gewohnter Modi der Bewältigung; Verunsicherung bezüglich der Bewertungen der eigenen Person und anderer; Wahrnehmung eigener Begrenzungen und Beschädigungen; Resignation und verzweifelte Stimmungen wechseln sich mit Reparationsbewegungen ab; das Alte ist verloren und versperrt, das Neue noch nicht zugänglich
	4+	
	Tendenz↓	
	5-	
	stimmt	
	5	
<b>6.</b> <i>Neuordnung des Fokus-Bereichs</i>	genau	Aufgabe und Verabschiedung von gewohnten Modi der Bewältigung; der Pat. ist in seinem Erleben mehr und mehr für sich selbst zuständig, kann sein Leben im Problembereich gestalten und verantworten; Erfahrungen des Scheiterns stellen diese Haltung nicht mehr grundsätzlich infrage; zunehmend stellt sich ein versöhnliches Erleben im Problembereich ein; Neuintegration
	6-	
	stimmt	
	6	
	genau	
	6+	
<b>7.</b> <i>Auflösung des Fokus</i>	Tendenz↓	Der Umgang mit dem Fokusproblem ist etwas Selbstverständliches geworden; der Bereich hat im Erleben des Pat. seine besondere Bedeutung verloren; das Problem ist etwas Zurückliegendes, mit dem sich der Pat. erinnernd beschäftigt
	Tendenz↑	
	7-	
	stimmt	
	7	
	genau	

Anhang 5: Die sieben Ausprägungsstufen der Foki der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Fokusliste Konflikte	Auswahl als Fokus?
<b>K1. Abhängigkeit/Autonomie</b> Es geht hierbei um die existenzielle Bedeutung von Bindung und Beziehung. Die gegensätzlichen Pole sind einerseits die Suche nach Beziehung sowie andererseits das Streben nach Autonomie und die Ängste um Selbständigkeit und Verantwortung. Ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt als lebensbestimmendes Thema zeigt sich in der existenziellen Bedrohung, die sich im Leben eines Betroffenen immer wiederfindet und die alle anderen Konflikte überragt. Leitaffect ist die durch Nähe und/oder Distanz ausgelöste Angst.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K2. Unterwerfung/Kontrolle</b> Hier wird abgehoben auf Menschen, bei denen dieser Bereich erlebens- und verhaltensbestimmend ist. Die Internalisierung von Verhaltensnormen (Selbstkontrolle) ist ausgeprägt, persönliche und gesellschaftliche Regeln besitzen einen hohen Stellenwert.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K3. Versorgung/Autarkie</b> Hierbei handelt es sich um Menschen, die grundsätzlich zu einer Beziehungsaufnahme in der Lage sind. Die Gestaltung und das Erleben von Beziehung folgt jedoch den spezifischen Wünschen nach Versorgung und Geborgenheit bzw. deren Abwehr. Bei Versorgung vs. Autarkie geht es darum, etwas zu bekommen oder zu verlieren, einer Zuwendung sicher zu sein oder zu geben, im Gegensatz zu keiner Versorgung bedürfen. Dieser Konflikt konstituiert nicht die Objektbeziehung sondern gestaltet eine etablierte Beziehung. Leitaffecte sind Trauer und Depression.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K4. Selbstwertkonflikte</b> Hier sind Menschen beschrieben bei denen die Anstrengung zur Regulierung des Selbstwertgefühls übermäßig stark, in besonderer Weise erfolglos oder anamnestisch und/oder aktuell in der Untersuchungssituation deutlich konfliktuell ist. Die Selbstwertkonflikte überragen dabei in ihrem Ausmaß die anderen beschreibbaren Konflikte. Der Symptombildung kommt dabei ein konstitutiver Charakter für das Selbstbild zu, das ganze Leben des Patienten kann im Einzelfall um das Symptom herum "organisiert" sein. Leitaffect für den passiven Modus ist die Scham.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K5. Über-Ich und Schuldkonflikte</b> Über die alltägliche Bedeutung hinaus sind hier Menschen gemeint, die zu unrealistischen Entweder-Oder bzw. einseitigen Fixierungen und Festlegungen im Sinne einer konstanten Tendenz zur Schuldabweisung oder umgekehrt zur unterwürfigen konstanten Schuldannahme neigen. Als Leitaffect geht es hier nicht um Scham (siehe K4) sondern um Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K6. Ödipal-sexuelle Konflikte</b> Anders als in der analytischen Theorie meint dieser Konflikt einen erotisch-sexuellen Konflikt im eigentlichen Sinne. Im passiven Modus bedeutet er eine Verdrängung der Sexualität aus Wahrnehmung, Kognition und Affect, während im aktiven Modus von einer forcierten Sexualisierung aller Lebensbereiche gesprochen werden kann.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K7. Identitätskonflikte</b> Dieser Bereich meint die konflikthafte Dissonanz von widersprüchlichen Selbstrepräsentanzen mit Unsicherheit und Unlustgefühlen. Es besteht ein chronischer, immer wiederkehrender Identitätsmangel, der bagatellisiert oder auch aktiv überspielt werden kann. Nicht gemeint sind hier Konflikte, die auf realen gesellschaftlichen Widersprüchen basieren wie es z.B. häufig bei Migranten der Fall ist. Ebenfalls abzugrenzen sind Patienten, bei denen die Fähigkeit zur Selbst- und Objektrepräsentanz eingeschränkt ist, was auf der Achse Struktur abgebildet werden sollte.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K8. Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung</b> Menschen mit dem Vorherrschen einer fehlenden Konflikt und Gefühlswahrnehmung zeichnen sich dadurch aus, daß sie große Schwierigkeiten haben, Gefühle und Bedürfnisse bei sich und anderen wahrzunehmen und bestrebt sind innere Konflikte in sich und zwischenmenschliche Konflikte zu übersehen. Typisch ist dabei das Zurückdrängen von Affekten und die Beschreibung der äußeren Lebensumstände mit einem "alles normal".	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>K9. Konflikthafte äußere Lebensbelastung</b> Dieser Konflikt meint eine konflikthafte äußere Lebensbelastung, deren Ausmaß und konflikthafte Verarbeitung zur Erklärung der seelischen und körperlichen Symptomatik des Patienten ausreicht. Zu bedenken ist dabei, daß nicht jede schwere Belastung einen konflikthaften Charakter hat, wie er hier gemeint ist und zudem viele Belastungen zwar auslösenden aber nicht konstituierenden Charakter für die Symptomatik haben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fokusliste Struktur		Auswahl als Fokus?
<b>St10. Selbstwahrnehmung</b>		
St11. Selbstreflexion		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, sich selbst <i>überhaupt</i> zum Gegenstand der Wahrnehmung und Reflexion zu machen		
St12. Selbstbild		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, verschiedene Aspekte des Selbst wahrzunehmen und zu integrieren		
St13. Identität		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, das Selbstbild über die Zeit stabil und kohärent zu halten		
St14. Affektdifferenzierung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, eigene Affekte wahrzunehmen und zu differenzieren		
<b>St20. Selbststeuerung</b>		
St21. Affekttoleranz		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, eigene Affekte zu tolerieren und mit ihnen steuernd umzugehen		
St22. Selbstwertregulation		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, den Selbstwert zu regulieren		
St23. Impulssteuerung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, eigene Impulse zu steuern und zu integrieren; Über- vs. Untersteuerung		
St24. Antizipation		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, die Folgen eigener Handlungen zu antizipieren und dies für ihre Steuerung nutzbar zu machen		
<b>St30. Abwehr</b>		
St31. Intrapsychische Abwehr		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, Konflikte intrapsychisch zu erleben und auszutragen vs. interpersonelle Abwehr		
St32. Flexibilität der Abwehr		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, die Abwehr zu lockern und Triebimpulse bzw. Affekte zuzulassen vs. rigide, unflexible Abwehr		
<b>St40. Objektwahrnehmung</b>		
St41. Selbst-Objekt-Differenzierung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, die Quelle bestimmter Intentionen (Affekte, Impulse, Gedanken) im Selbst oder in den Objekten zu verorten		
St42. Empathie		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, das Erleben und die Perspektive anderer empathisch nachzuvollziehen		
St43. Ganzheitliche Objektwahrnehmung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, Objekte mit ihren guten und schwierigen Seiten wahrnehmen zu können vs. nur-gute und nur-böse Objekte		
St44. Objektbezogene Affekte		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fähigkeit, objektbezogene Affekte wie Trauer, Dankbarkeit, Scham, Schuld, Freude zu erleben und auszudrücken		

	Auswahl als Fokus?
<i>St50. Kommunikation</i>	
St51. Kontakt Fähigkeit, sich auf andere emotional auszurichten und mit ihnen einen Kontakt herzustellen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
St52. Verstehen fremder Affekte Fähigkeit, fremde Affekte zutreffend zu dekodieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
St53. Mitteilen eigener Affekte Fähigkeit, eigene Affekte zutreffend zu enkodieren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
St54. Reziprozität Fähigkeit, eine "Wir-Situation" in Bezug auf die gemeinsamen kommunikativen Aufgaben herzustellen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<i>St60. Bindung</i>	
St61. Internalisierung Fähigkeit, gute innere Objektbilder aufzubauen und lebendig zu erhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
St62. Loslösung Fähigkeit, sich innerlich von Objekten zu lösen und sie zu betrauern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
St63. Variabilität der Bindung Fähigkeit, variable/triadische Bindungen zu verschiedenen Objekten herzustellen und aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



**Allgemeine Patientenangaben (Aufnahme)**

P 1/1

Auf diesem Bogen bitten wir Sie, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen. Einige der Fragen überraschen Sie vielleicht oder erscheinen Ihnen ungewöhnlich. Für uns sind aber alle Fragen wichtig, damit wir uns ein Bild von Ihrer Lebenssituation machen können. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus!

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

**Gegenwärtiger Familienstand:**  
(Mehrfachankreuzungen möglich)

- ledig ☐  
 verheiratet ☐  
 getrennt ☐  
 geschieden ☐  
 verwitwet ☐  
 wieder verheiratet ☐  
 in fester Partnerschaft lebend ☐  
 in gleichgeschlechtlicher  
 fester oder eingetragener  
 Partnerschaft lebend ☐

Wie oft waren Sie gegebenenfalls verheiratet? \_\_\_\_\_ mal

Welcher Nationalität gehören Sie an?

- Deutsch: ☐  
 Übersiedler/  
 Spätaussiedler: ☐  
 Andere: ☐

Wenn „andere“ dann bitte Int.KFZ-Kennzeichen angeben: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?

- Privat ☐  
 RVO-Kasse ☐  
 Ersatzkasse ☐  
 Sozialhilfe ☐  
 Andere ☐

Haben Sie eine Krankenhaustagegeld-Versicherung?

Nein ☐ja ☐

wenn „ja“, Höhe in Euro: \_\_\_\_\_ €/Tag

Wie wohnen Sie?

- zur Miete ☐  
 In selbstgenutztem  
 Wohneigentum ☐  
 Sonstiges ☐

Mit wem wohnen Sie?

- Allein ☐  
 Bei den Eltern ☐  
 Mit Partner(in) ☐  
 Mit eigener Familie ☐  
 In Wohngemeinschaft ☐

**Anhang 9: Fragebogen über allgemeine Patientendaten, ausgefüllt von den Patienten bei der Aufnahme, 1. Seite**

**Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

P 1/2

(Bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- noch in der Schule ☐
- kein Schulabschluss ☐
- Sonderschulabschluss ☐
- Hauptschul-/Volksschulabschluss ☐
- Realschule/ mittlere Reife/ ☐
- polytechn. Oberschule ☐
- Fachabitur/Abitur ☐
- Unbekannt ☐
- Sonstiges ☐

**Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?**

- Noch in Berufsausbildung ☐
- Lehre/ Fachschule ☐
- Meister ☐
- Fachhochschule/ Universität ☐
- Ohne Berufsabschluss ☐
- Sonstiges ☐

**Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation (eine Ankreuzung)?**

- Berufstätig, Vollzeit ☐
- Berufstätig, Teilzeit ☐
- Berufstätig, gelegentlich ☐
- Nicht berufstätig ☐
- Hausfrau/-mann ☐
- In Ausbildung ☐
- Beschützt beschäftigt ☐
- Arbeitslos gemeldet ☐
- Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente ☐
- Auf Dauer ☐
- Auf Zeit ☐
- Frührente/Altersrente/Pension ☐
- Witwen-/Witwerrente ☐
- Sozialhilfe ☐
- Sonstiges ☐

**Wie lautet Ihr letzter Beruf (oder zuletzt ausgeübter) Beruf?**

- Un-/angelernter Arbeiter ☐
- Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker ☐
- Einfacher Angestellter/Beamter ☐
- Mittlerer Angestellter/Beamter im mittleren Dienst ☐
- Höher qualifizierter Angestellter, ☐
- Beamter im gehobenen Dienst ☐
- Selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender ☐
- Selbst. Akademiker/Freiberufler/ ☐
- größerer Unternehmer ☐
- Nie erwerbstätig ☐
- Unbekannt/unklar ☐
- Sonstiges ☐

Wie lange waren Sie im letzten ½ Jahr im Krankenhaus (in Tagen, ungefähr) \_\_\_\_\_

Wie lange waren Sie im letzten ½ Jahr in Kur oder Rehabilitation (in Wochen) \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie im letzten ½ Jahr einen Arzt aufgesucht (Anzahl Arztbesuche) \_\_\_\_\_

Wie viele verschiedene Ärzte haben Sie im letzten ½ Jahr aufgesucht (Arztzahl) \_\_\_\_\_

Waren Sie bei der Aufnahme arbeitsunfähig?

Nein ☐ ja ☐ wenn „ja“, Zahl der Wochen \_\_\_\_\_

Wie viele Wochen waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben? \_\_\_\_\_

Bei wie vielen Psychotherapeuten/Psychiatern waren Sie schon in Behandlung? \_\_\_\_\_

Waren Sie früher schon im Krankenhaus in psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung?

Nein ☐ ja ☐ wenn „ja“, Zahl der Wochen insgesamt \_\_\_\_\_

Waren Sie früher schon im Krankenhaus in psychiatrischer Behandlung?

Nein ☐ ja ☐ wenn „ja“, Zahl der Wochen insgesamt \_\_\_\_\_

Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese (insgesamt)

- Keine ☐
- Bis zu 5 Std. ☐
- 6-25 Std. ☐
- 16-160 Std. ☐
- 161-300 Std. ☐
- mehr als 300 Std. ☐

Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?

	<u>gar nicht</u>	<u>geringfügig</u>	<u>deutlich</u>	<u>stark</u>	<u>extrem</u>
Im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ihrem zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum \_\_\_\_\_

Vielen Dank!



**Patientenangaben zum Behandlungsende**

P 2/1

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

**Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?**

	<u>gar nicht</u>	<u>geringfügig</u>	<u>deutlich</u>	<u>stark</u>	<u>extrem</u>
Im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ihrem zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich würde die psychosomatische/psychotherapeutische Klinik einer Person, die ähnliche Probleme hat empfehlen:**ja ☐                      nein ☐**Für mich hat sich der Aufwand des stationären Aufenthaltes gelohnt**ja ☐                      nein ☐**Was hat Ihnen von den verschiedenen Therapieangeboten am meisten genützt?**

- Einzeltherapie ☐
- Gruppentherapie ☐
- Kontaktgespräche ☐
- Gestaltung/Musiktherapie ☐
- Gespräche mit Patienten ☐
- Entspannungsverfahren ☐

Datum \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

Th 1/1

Patient: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Pat.Nr. \_\_\_\_\_  
Bitte Druckschrift

☐ Aufnahme am \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben** (Bitte bei Aufnahme ausfüllen)

Zugangsmodus

- ☐ Übernahme im Hause  
☐ Zuverlegung aus Klinik  
☐ Aus psychiatrischer Ambulanz  
☐ Aus psychiatrischer Praxis  
☐ Aus psychotherapeutischer Praxis  
☐ Vom Hausarzt  
☐ Von selbst  
☐ Wiederaufnahme  
☐ Sonstiges

Vorbehandlungen

- ☐ Psychopharmaka  
☐ Tranquilizer  
☐ Neuroleptika  
☐ Thymoleptika  
☐ Sonstige  
☐ Somatika  
☐ Verhaltenstherapie  
☐ tiefenpsychologische Therapie  
☐ psychiatrische Behandlung

**Beeinträchtigungsschwere (BSS):**

letzte 7 Tage

- körperlich ☐  
 psychisch ☐  
 sozialkommunikativ ☐  
 Summe ☐ ☐

letztes Jahr

- körperlich ☐  
 psychisch ☐  
 sozialkommunikativ ☐  
 Summe ☐ ☐

- 0=gar nicht  
 1=geringfügig  
 2=deutlich  
 3=stark  
 4=extrem

**Global Assessment Functioning (GAF):**

Maximalwert der  
Letzten 7 Tage

☐ ☐ ☐

Maximalwert letztes Jahr  
(über mind. 1 Woche)

☐ ☐ ☐

- 100=optimale Funktion in allen Bereichen  
 90=gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten  
 80=höchstens leichte Beeinträchtigung  
 70=leichte Beeinträchtigung  
 60=mäßig ausgeprägte Störung  
 50=ernsthafte Beeinträchtigung  
 40=starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen  
 30=Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen  
 20=Selbst- oder Fremdgefährlichkeit  
 10=ständige Gefahr o. anhaltende Unfähigkeit  
 (Zwischenstufen sind möglich)

Ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ (Bitte Druckschrift)

**Auswahl der Fokusbereiche (HUS)** (Bitte 10 Tage nach der Aufnahme ausfüllen)

1. Bitte wählen Sie aus der Liste 2 –4 Foki (psychodynamische Kernbereiche) aus, in denen eine Veränderung eintreten müsste, damit eine wesentliche Besserung für den Patienten eintreten würde:

Fokus 1 ☐☐☐ \_\_\_\_\_

Fokus 2 ☐☐☐ \_\_\_\_\_

Fokus 3 ☐☐☐ \_\_\_\_\_

Fokus 4 ☐☐☐ \_\_\_\_\_

2. Bitte wählen Sie 2 – 4 Foki aus, an denen in der bevorstehenden Behandlung Veränderungen angestrebt werden, damit eine Besserung für den Patienten eintritt:

Veränderungsfokus 1 ☐☐ (0-30) Ausgangswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 2 ☐☐ (0-30) Ausgangswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 3 ☐☐ (0-30) Ausgangswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 4 ☐☐ (0-30) Ausgangswert ☐ (1-7)

**Diagnosebogen****1. Klinische Diagnose**

*Beschreibung des klinischen Syndroms (Hauptsymptome)*

---



---



---

**Klassifikation(en) nach ICD-10:**

Hauptdiagnose F☐☐☐ (Klartext)

2. Diagnose F☐☐☐ \_\_\_\_\_

3. Diagnose F☐☐☐ \_\_\_\_\_

4. somatische Diagnose ☐☐☐ \_\_\_\_\_

5. sonstige Diagnose ☐☐☐ \_\_\_\_\_

Krankheitsbeginn (bezogen auf Hauptdiagnose): vor \_\_\_\_ Monaten / \_\_\_\_ Jahren

Erste psychogene Beschwerden überhaupt: vor \_\_\_\_ Jahren

**2. Strukturdiagnose**

Aktuelles Funktionsniveau über die letzten 2 Jahre, nicht akutes Funktionsniveau

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niederes strukturelles Entwicklungsniveau                  | <input type="checkbox"/> sicher beurteilbar |
| <input type="checkbox"/> Mittleres strukturelles Entwicklungsniveau                 | <input type="checkbox"/> fraglich           |
| <input type="checkbox"/> Höheres strukturelles Entwicklungsniveau                   |   |
| <input type="checkbox"/> Reifes strukturelles Entwicklungsniveau                    |   |
| <input type="checkbox"/> Akute Dekompensation, Entwicklungsniveau nicht beurteilbar |   |

**3. Ätiologische Diagnose**

**Reaktive Störung**

- ☐ Belastungsreaktion
- ☐ Anlassungsstörung
- ☐ Somato-psychische Störung bei (Grunderkrankung) \_\_\_\_\_

**Posttraumatische Störung**

- ☐ Akute Traumareaktion
- ☐ Anhaltende posttraumatische Störung (siehe Traumaerfassungsbogen)

**Neurotische Störung**

- ☐ Funktionsstörung (mehrere Untergruppen möglich)
    - ☐ Psychische Störung (Psychoneurose)
    - ☐ Somatoforme Störung (Organneurose)
    - ☐ Verhaltensstörung
  - ☐ Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose)
  - ☐ Komorbide neurotische Störung (siehe Mehrfachankreuzung)
- ☐ Nicht traumainduziert
  - ☐ Fraglich traumainduziert
  - ☐ Wahrscheinlich traumainduziert (Pseudo-PTSD)

**Psychosomatose**

- ☐ Chronisches Organsyndrom
- ☐ Komorbides Syndrom (siehe Mehrfachankreuzung oben)

Ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ (Bitte Druckschrift)

Th 2/1

Patient: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Pat.Nr. \_\_\_\_\_  
Bitte Druckschrift

### Informationen über den Verlauf (Entlassung)

☐ Aufnahme am \_\_\_\_\_

☐ Entlassung am \_\_\_\_\_

Erfolgte während der Behandlung eine (oder mehrere) zwischenzeitliche Entlassung (mit Wiederaufnahme nach längstens 6 Tagen):

Ja ☐ nein ☐

Aufenthaltdauer \_\_\_\_\_ Langlieger ja ☐ nein ☐

#### Wie erfolgte die Beendigung?:

- Regulär ☐  
 Vorzeitig durch Patienten ☐  
 Vorzeitig durch Therapeut/Klinik ☐  
 Vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis ☐  
 Verlegung/Entlassung mit geplanter ☐  
 Wiederaufnahme (>5 Tage) ☐  
 Verlegung ☐  
 Sonstiges ☐

#### Wie beurteilen Sie die grundsätzliche Arbeitsfähigkeit d. Pat., jetzt am Ende der Behandlung?

- Trifft nicht zu (Rentner) ☐  
 Trifft nicht zu, sonstiges (z.B. Hausfrau) ☐  
 Ja ☐  
 Nein ☐  
 Nicht beurteilbar ☐

#### Einnahme von Psychopharmaka

Stoffklassen  
 21=Antidepressiva  
 24=Tranquillizer  
 26=Schlafmittel  
 33=Homöopathie, Phytotherapeutika  
 22=Lithium/Carbamazepin  
 25=Neuroleptika  
 30=Schmerzmittel  
 88=sonstige

	Während d. Behandlung	Stoffklasse	bei Entlassung	Stoffklasse
1. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Handelsname _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Psychotherapeutische Empfehlungen

- Tiefenpsychologische Psychotherapie ☐  
 Verhaltenstherapie ☐  
 Entspannungstherapie ☐  
 Psychiater ☐

**Auswahl der Fokusbereiche (HUS)**

Bitte wählen Sie 2 – 4 Foki aus, an denen in der bevorstehenden Behandlung Veränderungen angestrebt werden, damit eine Besserung für den Patienten eintritt:

Veränderungsfokus 1 ☐☐ (0-30) Entlassungswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 2 ☐☐ (0-30) Entlassungswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 3 ☐☐ (0-30) Entlassungswert ☐ (1-7)

Veränderungsfokus 4 ☐☐ (0-30) Entlassungswert ☐ (1-7)

**Beeinträchtigungsschwere (BSS):**letzte 7 Tage

körperlich ☐  
 psychisch ☐  
 sozialkommunikativ ☐  
 Summe ☐☐

letztes Jahr

körperlich ☐  
 psychisch ☐  
 sozialkommunikativ ☐  
 Summe ☐☐

0=gar nicht  
 1=geringfügig  
 2=deutlich  
 3=stark  
 4=extrem

**Global Assessment Functioning (GAF):**

Maximalwert der  
Letzten 7 Tage

☐☐☐

Maximalwert letztes Jahr  
(über mind. 1 Woche)

☐☐☐

100=optimale Funktion in allen Bereichen  
 90=gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten  
 80=höchstens leichte Beeinträchtigung  
 70=leichte Beeinträchtigung  
 60=mäßig ausgeprägte Störung  
 50=ernsthafte Beeinträchtigung  
 40=starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen  
 30=Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen  
 20=Selbst- oder Fremdgefährlichkeit  
 10=ständige Gefahr o. anhaltende Unfähigkeit  
 (Zwischenstufen sind möglich)

**Diagnosebogen****1.Klinische Diagnose****Beschreibung des klinischen Syndroms (Hauptsymptome)****Klassifikation(en) nach ICD-10:**

Hauptdiagnose F ☐☐☐☐ (Klartext)

2. Diagnose F ☐☐☐☐

3. Diagnose F ☐☐☐☐

4. somatische Diagnose ☐☐☐☐

5. sonstige Diagnose ☐☐☐☐

Krankheitsbeginn (bezogen auf Hauptdiagnose): vor \_\_\_\_ Monaten / \_\_\_\_ Jahren

Erste psychogene Beschwerden überhaupt: vor \_\_\_\_ Jahren

**2. Strukturdiagnose**

Aktuelles Funktionsniveau über die letzten 2 Jahre, nicht akutes Funktionsniveau

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niederes strukturelles Entwicklungsniveau                  | <input type="checkbox"/> sicher beurteilbar |
| <input type="checkbox"/> Mittleres strukturelles Entwicklungsniveau                 | <input type="checkbox"/> fraglich           |
| <input type="checkbox"/> Höheres strukturelles Entwicklungsniveau                   |   |
| <input type="checkbox"/> Reifes strukturelles Entwicklungsniveau                    |   |
| <input type="checkbox"/> Akute Dekompensation, Entwicklungsniveau nicht beurteilbar |   |

**3. Ätiologische Diagnose***Reaktive Störung*

- ☐ Belastungsreaktion
- ☐ Anlassungsstörung
- ☐ Somato-psychische Störung bei (Grunderkrankung) \_\_\_\_\_

*Posttraumatische Störung*

- ☐ Akute Traumareaktion
- ☐ Anhaltende posttraumatische Störung (siehe Traumaerfassungsbogen)

*Neurotische Störung*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung (mehrere Untergruppen möglich)          | <input type="checkbox"/> Nicht traumainduziert                        |
| <input type="checkbox"/> Psychische Störung (Psychoneurose)                       | <input type="checkbox"/> Fraglich traumainduziert                     |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme Störung (Organneurose)                       | <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich traumainduziert (Pseudo-PTSD) |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörung  |   |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung (Charakterneurose)                |   |
| <input type="checkbox"/> Komorbide neurotische Störung (siehe Mehrfachankreuzung) |   |

*Psychosomatose*

- ☐ Chronisches Organsyndrom
- ☐ Komorbides Syndrom (siehe Mehrfachankreuzung oben)

*Veränderungen der Diagnose im Vergleich zur Aufnahme*

- ☐ Hauptdiagnose
- ☐ Struktur
- ☐ Ätiologie

Ausgefüllt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
(Bitte Druckschrift)

**Tab. 26: T-Test für gepaarte Stichproben, BSS bei Aufnahme: Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung bei 63 Patienten.**

		MW	s	Korr.	T	p
<b>körperlich</b>	Patient	1,95	1,15	.46	2,32	<.000
	Therapeut	1,57	1,34			
<b>psychisch</b>	Patient	3,02	0,88	.03	0,36	.79
	Therapeut	2,96	0,56			
<b>sozial</b>	Patient	2,65	1,01	.10	3,17	.40
	Therapeut	2,09	1,05			
<b>Gesamtscore</b>	Patient	7,61	2,15	.19	3,04	.12
	Therapeut	6,63	1,88			

**Tab. 27: Gepaarte Differenzen BSS bei Aufnahme: Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung.**

	MW-differenz	s	p
<b>körperlich</b>	0,38	1,30	.023
<b>psychisch</b>	0,04	1,03	.717
<b>sozial</b>	0,55	1,38	.002
<b>gesamt</b>	0,98	2,56	.003

**Tab. 36: Krankheitsbeginn / erste psychogene Beschwerden (in Monaten) und Behandlungsdauer**

Behandlungsdauer (Tage)		Krankheitsbeginn	erste psychogene Beschwerden
<b>6-28</b>	MW	9,2	50,4
	n	6	5
	s	11,5	72,7
<b>30-57</b>	MW	59,5	162,1
	n	16	16
	s	89,7	187,9
<b>59-83</b>	MW	30,4	84,5
	n	22	21
	s	49,2	71,4
<b>85-112</b>	MW	15,9	154,7
	n	17	17
	s	16,8	129
<b>112-168</b>	MW	27,8	75,8
	n	9	8
	s	45,5	47,5
<b>&gt; 168</b>	MW	34,5	43
	n	6	6
	s	38,4	34,5
<b>gesamt</b>	MW	31,6	111,2
	n	76	73
	s	54,3	122,8



Tab. 40: GSI - Statistik für gepaarte Stichproben bei 44 Patienten

	MW	s	Korrelation	p
<b>GSI-</b>	1,26	.67	.36	<.015
<b>GSI-</b>	.85	.51		

Tab. 41: Gepaarte Differenzen GSI Aufnahme u Entlassung bei 44 Patienten (T- u Wilcoxon-Test)

	MW	s	T	Z	p
<b>Aufn.-Entl.</b>	.41	.68	3,98	-3,53	<.000

Tab. 49: Statistik bei gepaarten Stichproben: Aufnahme und Entlassung (T-Test, Wilcoxon-Test)

BSS		Mittelwert	s	Korr.	T	p
<b>körperlich</b>	Aufnahme	1,46	1,29	,69	6,57	<.000
	Entlassung	0,76	0,86			
<b>psychisch</b>	Aufnahme	2,97	0,58	,19?	14,20	0,098
	Entlassung	1,59	0,73			
<b>sozial</b>	Aufnahme	2,05	0,99	,59	10,55	<.000
	Entlassung	1,02	0,86			
<b>Gesamtscore</b>	Aufnahme	6,48	1,80	,54	14,94	<.000
	Entlassung	3,43	1,92			

Tab. 50: Gepaarte Differenzen zw. Aufnahme und Entlassung von BSS

BSS	MW'sdifferenz	s	Z	p
<b>körperlich</b>	0,69	0,92	-5,18	<.000
<b>psychisch</b>	1,38	0,84	-7,07	<.000
<b>sozial</b>	1,02	0,84	-6,63	<.000
<b>Gesamtscore</b>	3,05	1,78	-7,26	<.000

Tab. 60: Statistik bei gepaarten Stichproben: Aufnahme und Entlassung (T-Test für Messwiederholung)

		MW	s	Korr. (r)	T	p
<b>GAF</b>	Aufnahme	42,73	13,06	,31	-10,45	<.005
	Entlassung	62,07	14,43			

Tab. 61: Mittelwert-Differenz zw. Aufnahme und Entlassung des GAF (Wilcoxon-Test)

	MW-Differenz	s	Z	p
<b>GAF</b>	-19,39	16,12	-6,69	<.000

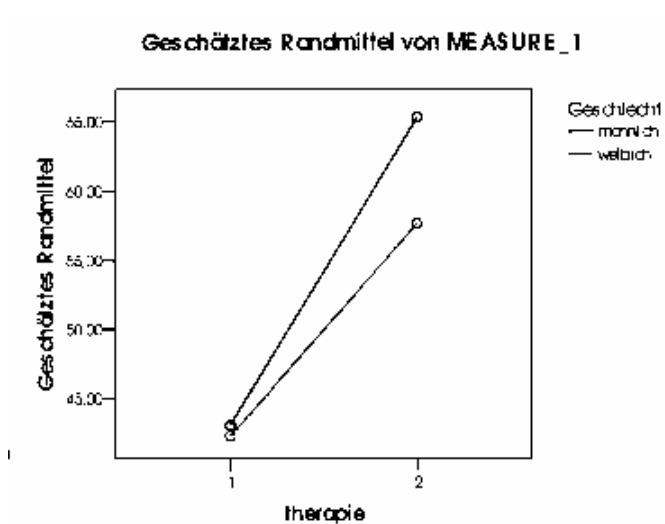


Abb. 5: Durchschnittliche GAF – Werte von Männern und Frauen. (1: bei Aufnahme; 2: bei Entlassung)

1 Nicht Wahrnehmung	<b>3 Fälle</b> <div> <div>→ 1</div> <div>→ 2 (n.r.)</div> </div>
2 Ungewollte Beschäftigung	<div> <div>→ 1 (n.r.)</div> <div>→ 2</div> </div> <b>9 Fälle</b>
3 Vage Fokuswahrnehmung	<div> <div>→ 4</div> <div>→ 1 (n.r.)</div> </div> <b>14 Fälle</b> <div> <div>↓ 3</div> <div>↓ 6</div> <div>↓ 2</div> </div>
4 Anerkennung, Erkundung des Fokus	<div>→ 4</div> <b>5 Fälle</b> <div> <div>↓ 2</div> <div>↓ 1</div> </div>
5 Auflösung alter Strukturen in den Fokusbereichen	<div>→ 1(n.r.)</div> <b>2 Fälle</b> <div> <div>↓ 1</div> <div>↓ 1</div> </div>
6 Neustrukturierung im Fokusbereich	<div>↓ 1</div>
7 Auflösung des Fokus	<div>↓ 1</div>

Abb. 9: Änderung der Ausprägungsstufen vom dritten Behandlungsfokus der Heidelberger Umstrukturierungsskala, von Aufnahme bis Entlassung

<b>1 Nicht Wahrnehmung</b>	<b>4 Fälle</b> ↓	→ 1 ↘ 2 (n.r.)
<b>2 Ungewollte Beschäftigung</b>	1	<b>1 Fall</b>
<b>3 Vage Fokuswahrnehmung</b>		
<b>4 Anerkennung, Erkundung des Fokus</b>		<b>1 Fall</b> → 1
<b>5 Auflösung alter Strukturen in den Fokusbereichen</b>		↓
<b>6 Neustrukturierung im Fokusbereich</b>	1	
<b>7 Auflösung des Fokus</b>		

Abb. 10: Änderung der Ausprägungsstufen vom vierten Behandlungsfokus der Heidelberger Umstrukturierungsskala bis zur Entlassung

## **Danksagung**

Herrn Prof. Michael Ermann danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Dr. Otmar Seidl danke ich für seine ausgezeichnete Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Claudia Schöchlin, die durch ihre Unterstützung in der statistischen Auswertung diese Studie ermöglicht hat.

Auch danke ich den Sekretärinnen Frau Ell und Frau Huber und allen Mitarbeitern der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, die die Durchführung der Studie mit ihrer Mithilfe erleichtert und beschleunigt haben.

Meinem Mann, meinen Verwandten und meinen Freunden möchte ich für ihre Initiation, Unterstützung und Ermutigung sowohl während des Studiums als auch darüber hinaus danken.

## Lebenslauf

<i>Name:</i>	Eszter Czopf - Danz
<i>Geburtsdatum u. -ort:</i>	09. 06. 1974 in Pécs, Ungarn
<i>Staatsangehörigkeit:</i>	ungarisch
<i>Familienstand:</i>	verheiratet
<i>Schulbildung:</i>	1980-1988: Grundschule Pécs, Ungarn 1988-1992: Leőwey – Klára – Gymnasium Pécs, Ungarn
<i>Schulabschluss:</i>	1992: Abitur
<i>Studium:</i>	1993-1997: Studium der Physiotherapie, Medizinische Universität Pécs, Fakultät in Zalaegerszeg, Ungarn 1997-1999: Studium des Faches: Fachübersetzen Dolmetschen für Deutsch / Ungarisch in Pécs, Ungarn 2001-2008: Studium der Humanmedizin an der Ludwig – Maximilians - Universität, München
<i>Berufsabschlüsse:</i>	1997: Diplom Physiotherapie 1999: Diplomübersetzerin für Deutsch/ Ungarisch 2008: Ärztliche Prüfung, LMU München
<i>Berufsausübung:</i>	1997-1999: Physiotherapeutin, Honvéd-Krankenhaus Pécs 1999-2000: Tätigkeiten einer Arzthelferin, Praxisgemeinschaft Prof. Dr. Becker-Casademont, Dr. Coenen, Neuberg bei München